

Teresa Bas Baslé – DMT Y DESARROLLO PRE-VERBAL DEL SÍ-MISMO

INVESTIGACIÓN EN DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

Danza Movimiento Terapia y desarrollo preverbal del sí-mismo. Estudio de caso de un niño con una enfermedad congénita grave.

Teresa Bas Baslé
Màster de Dansa Moviment Teràpia
Universitat Autònoma de Barcelona
Juny 2006

Teresa Bas Baslé es Psicóloga clínica (colegiada núm 8903), MA en Psicoterapia constructivista y MA en Danza Movimiento Terapia. (exploracioenmoviment@gmail.com; www.danzamovimientoterapia.com/buscarterapia; www.barcelonanest.com)

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
CAPÍTULO 1: TEMA	4
1.1. La temática y su punto de partida	4
1.2. Interés del estudio	5
1.3. Síntomas de la Esclerosis Tuberosa: el caso de Marc	7
CAPÍTULO 2: REVISIÓN DE LA LITERATURA	11
2.1. El trabajo corporal en DMT como forma de intervención psicoterapéutica	11
2.2. Desarrollo temprano: movimiento y sí-mismo	15
2.2.1. Teorías del análisis del movimiento	15
2.2.2. Desarrollo del sentido del sí-mismo	18
2.2.2. a) El sentido emergente del sí-mismo	20
2.2.2. b) El sentido nuclear del sí-mismo	20
2.2.2. c) El sentido subjetivo del sí-mismo	22
2.3. Intervención con terapias creativas en trastornos psicológicos tempranos	22
CAPÍTULO 3: PREGUNTA E HIPÓTESIS	28
CAPÍTULO 4: MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA	29
4.1. Marco general	29
4.2. Estudio de caso: intervención en DMT	30
4.2.1. Justificación como método de investigación	30
4.2.2. Breve descripción de la intervención en DMT	31
4.2.3. Actitud terapéutica y herramientas de intervención	33
4.3. Herramientas de observación y análisis	39
CAPÍTULO 5: RESULTADOS	40
5.1. Primeras observaciones: línea base	40
5.2. Observaciones de cambio y análisis del desarrollo evolutivo	43
5.2.1. Cambios en el perfil de movimiento	43
5.2.2. Disertación sobre los cambios	52
5.2.2. a) Perfil de movimiento: dinámicas y ritmos	52
5.2.2. b) Relaciones objetales	55
5.2.2. c) Desarrollo del sí-mismo	57
5.3. Comportamientos que no cambian	62
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES	64
6.1. Acerca de los movimientos que cambian y los que permanecen	64
6.2. Limitaciones y nuevas preguntas	70
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXO	75

AGRADECIMIENTOS

*“la manera més salvatge,
selvàtica i salvadora
de moure el cos,
la manera
més subtil i muscular,
més a prop de la Matèria
Feta Font Perquè Font És,
el moviment del cos més
insultant de tots i, sí,
si vol, el més amorós
és la paraula i parlar”
Enric Casasses*

Quisiera agradecer a muchas personas el apoyo que me han brindado para llevar a cabo este trabajo pero muy especialmente a mis padres, a mi tutora de tesina Sarah Rodríguez Cigaran y a mis supervisoras Inés Febrer Bowen y Heidrun Panhofer. Así mismo agradezco el cariño, las ideas y los consejos de muchos amigos – gràcies Mònica, Josep, Laura – y profesionales de la Danza Movimiento Terapia, en especial Elena Dueso, Diana Fischman y Ernesto Gonçalves. Por último quisiera mencionar al niño sobre el que versa el presente texto y a toda su familia por su coraje, amor y esfuerzo continuos en el duro camino por convivir con la enfermedad del pequeño. Con mis mejores deseos para Marc.

CAPÍTULO 1: TEMA

1. 1. La temática y su punto de partida

El presente estudio parte del interés por explorar una posibilidad de intervención de la Danza Movimiento Terapia (DMT) en el desarrollo temprano preverbal del sí-mismo¹. El estudio se enmarca específicamente en el contexto de una enfermedad genética grave y poco común llamada Esclerosis Tuberosa. Dicho interés surgió en la autora en el curso de su práctica clínica privada como Psicoterapeuta en Danza y Movimiento, al encontrarse por primera vez con el caso de un niño² que padece dicha enfermedad y que, a causa de ésta, apenas se ha podido desarrollar psicológicamente.

El principal síntoma orgánico en este niño se da a nivel neuronal por la presencia de fuertes y muy frecuentes ataques epilépticos. También por varias malformaciones tuberosas que invaden diversas áreas de su cerebro e impiden el buen funcionamiento de éste. Según la información proporcionada por los padres, ni médicos ni psicólogos pueden explicar claramente qué aspectos de la enfermedad le provocan retraso mental y dificultades psicológicas y en qué manera. No se tiene un diagnóstico psicológico ni un pronóstico claros en su caso, ni existen intervenciones estandarizadas para la enfermedad ya que existen pocos casos y son de sintomatología diversa. Lo más grave para este niño es que nada parece frenar las crisis y su evolución psicológica es muy lenta. En la entrevista de derivación, los padres expresan mucha angustia porque un neuropediatra afirma incluso que, dado que en los dos primeros años de vida de este niño aumentaron las crisis epilépticas y las pequeñas malformaciones tuberosas del cerebro, se podría tratar de un cuadro neurodegenerativo ante el cual no cabe tener esperanzas de aprendizaje. Aunque han buscado la opinión de otros médicos y parece que ninguno es tan pesimista, la perspectiva es la de un proceso de enfermedad grave con pronóstico desconocido. Ante esta situación, los padres y los diferentes

¹ A lo largo de este trabajo se utilizará indistintamente el término español 'sí-mismo' (traducción de '*self*' según consta en Stern 1991) y el vocablo inglés '*self*' ya que éste último se usa también en la literatura de psicología publicada en español que se ha consultado.

² A efectos de este estudio, y para preservar su identidad, se le llamará Marc. En el momento de la derivación (Octubre 2004) tiene casi 3 años y al término de la investigación tiene 4 años y medio. Los padres han dado su conformidad para que se filmen las sesiones y así apoyar la presente investigación – ver anexos.

profesionales que rodean a Marc no pueden hacer más que poner a prueba día a día distintas hipótesis en un intento de paliarle sufrimientos y estimular sus capacidades.

¿Qué se puede hacer desde la DMT en un caso tan grave? Se trata de un niño que no se comunica verbalmente, no presenta capacidad de simbolización alguna y su lenguaje no-verbal es muy escaso y primario³. Al inicio, la terapeuta se encuentra con la abrumadora sensación de que no consigue comunicar con él porque éste no responde a ninguno de los gestos, palabras o signos no verbales que ella utiliza. Apenas recibe unas miradas o unas sonrisas fugaces por parte del niño. Por tanto, no sabe qué tipo de intervención adoptar para estimular su desarrollo, sobretudo en el ámbito social de la interacción y comunicación con su entorno. Desde el momento de la derivación la terapeuta trata entonces de conocer el mundo interno del niño, definir su cuadro psicológico y entender en qué etapa del desarrollo psíquico se encuentra. Además, busca explorar teorías que la ayuden a comprender cómo son el sentido del *self* y el perfil de movimiento de este niño. Todo ello con el objetivo de acompañarlo en actividades psicomotrices que despierten su interés y estimularlo a comunicarse en alguna medida con los que le rodean. La terapeuta también se plantea si la DMT puede ser una intervención específicamente útil para identificar las sensaciones y emociones del pequeño y ayudarle a expresarse teniendo en cuenta que los médicos circunscriben su problemática a una cuestión biológica: las crisis epilépticas. El presente trabajo de investigación surge de todas estas preguntas y reflexiones.

1. 2. Interés del estudio

A continuación se exponen algunas razones que justifican el interés del presente estudio en la investigación en Danza Movimiento Terapia con la población infantil. Primero cabe decir que una de las ideas sobre las que trata de ahondar este trabajo es uno de los fundamentos principales de la DMT: los cambios que ocurren en el cuerpo y el movimiento de un paciente se traducen así mismo en cambios psicológicos y vice-

³ Nota: al tratarse de una demanda privada realizada por los padres fuera del sistema de la seguridad social, la terapeuta en DM no tiene acceso a ningún informe psicológico completo por escrito. Por tanto se basará en sus primeras observaciones del niño, entrevistas con los padres y una conversación telefónica con la psicomotricista para evaluar los comportamientos del niño y definir un cuadro psicopatológico – ver apartado 2.3 y apartado 5.2.

versa (ver Lewis 1979, Stanton Jones 1992 y Meekums 2002, entre otros). Esta premisa se nutre de teorías psicológicas sobre el desarrollo humano y las relaciones interpersonales que van ligadas a teorías sobre la observación y el análisis del movimiento (North 1990, Stanton Jones 1992, Panhofer y Rodríguez Cigaran 2005, entre otros).

Esta investigación intenta establecer un puente más entre el desarrollo psicológico y el desarrollo corporal y motriz, entre psique y soma, en las etapas más tempranas y preverbales pero lo hace en un área poco estudiada. En efecto, la mayoría de la literatura revisada sobre DMT trata del trabajo con pacientes que pueden utilizar en cierta medida la palabra y el movimiento o que presentan alguna capacidad de simbolización o de juego y que pueden comunicar a través del lenguaje corporal. Pocos estudios se centran en casos donde el desarrollo del propio *self* y de la interrelación con el entorno son tan precarios que no existen esas capacidades. Tampoco se ha encontrado evidencia de que se investiguen cuadros psicopatológicos que no se explican principalmente por problemáticas intrapsíquicas o de vínculo – caso que se da en el presente estudio, como se irá argumentando – y que se centren en la población infantil. Así, la literatura revisada entorno a problemáticas infantiles como el retraso mental o los comportamientos autísticos se centra en casos cuya etiología no es principalmente neurológica (ver por ejemplo Siegel 1984, Loman 1995 o Parteli 1995). Los estudios encontrados entorno a trastornos de origen neurológico se dan sobretodo entre la población de gente mayor.

El ámbito que nos ocupa aquí, en cambio, es el de una enfermedad orgánica que entre otras áreas afecta al desarrollo mental y psicológico desde el nacimiento. De acuerdo con la Tuberous Sclerosis (T.S.) Alliance (2000, en web [www.esclerosistuberosa.com]), la causa principal sería la presencia de convulsiones epilépticas⁴ aunque se desconoce en qué medida y de qué maneras provocan disfunciones mentales y psicológicas. En este sentido, la complejidad del caso y el desconocimiento son un motivo más para este estudio. Muchos clínicos intervienen en casos sobre los cuales tienen poca información, teniendo que enfrentarse a

⁴ Más adelante en el estudio se tratará de argumentar en qué manera, psicodinámicamente hablando, los ataques afectan al desarrollo psicomotriz de este niño al no permitirle que desarrolle su capacidad de vinculación y comunicación con el entorno.

enfermedades poco conocidas que conllevan comportamientos poco clasificables y que afectan profundamente al desarrollo y a la capacidad para comunicarse tanto verbalmente como no verbalmente. Por ejemplo en el caso de enfermedades degenerativas graves, parálisis cerebral, psicosis y autismos graves. De acuerdo con la revisión de la literatura en DMT que se presentará en un apartado siguiente, se observa que existe poca investigación que apoye una forma específica de intervención en DMT para este tipo de casos. El presente trabajo trata de arrojar un poco de luz sobre algunos de estos puntos compartiendo una experiencia que puede ser útil a profesionales y padres que intentan comprender y ayudar a niños cuyo mundo es muy distinto al de los demás.

Por último, uno de los aspectos novedosos de la presente investigación es que se basa principalmente en la teoría del desarrollo del sí-mismo de Daniel Stern (1983, 1991, 1999). En su acercamiento al ser humano Stern parte de la premisa de que toda persona interesada en la naturaleza humana tiene la curiosidad de preguntarse por la vida subjetiva del infante (1991), curiosidad de la que parte el presente trabajo. La mirada de Stern (1991) sobre los ejes que explican el desarrollo interpersonal de los infantes y sus observaciones acerca del comportamiento de madres y bebés ha permitido a la investigadora tener cierta claridad a la hora de analizar y comprender qué aspectos del desarrollo de Marc se ponían en juego dentro de la relación terapéutica. Cabe decir que no se ha encontrado ningún estudio de caso en la literatura en DMT que analice los cambios psicológicos de un paciente en función de dicha teoría, relacionándolos, además, con la evolución de su perfil de movimiento. El presente trabajo trata de establecer este tipo de análisis y relaciones.

1. 3. Síntomas de la Esclerosis Tuberosa: el caso de Marc

A continuación se describen las características generales de la Esclerosis Tuberosa de acuerdo a información publicada en Internet, dado que apenas se han hallado algunas definiciones breves en libros y enciclopedias médicas. También se presenta el cuadro de síntomas que padece Marc en el momento de iniciar DMT según la información proveniente de los padres directamente y de los informes médicos que

presentan. Además, se resumen los distintos tipos de ayuda que el niño recibe desde su nacimiento hasta el momento en que termina este estudio.

Según el National Institute of Neurological Disorders and Stroke – NINDS (2006, en web [www.ninds.nih.gov/disorders/spanish/esclerosis_tuberosa.htm]):

La esclerosis tuberosa, también llamada Complejo de Esclerosis Tuberosa (CET) es una enfermedad genética multi-sistémica poco común que causa tumores benignos en el cerebro y en otros órganos vitales tales como los riñones, el corazón, los ojos, los pulmones y la piel. Afecta comúnmente al sistema nervioso central y es el resultado de una combinación de síntomas, entre los que se encuentran convulsiones, retrasos en el desarrollo, problemas de conducta, anomalías de la piel y enfermedades renales (p. 1).

De acuerdo con la T. S. Alliance (2000, en web [www.esclerosistuberosa.com]), la enfermedad provoca síntomas físicos como pequeñas lesiones, manchas, quistes o malformaciones en la piel, el cerebro y la función neurológica, el corazón, los riñones, los pulmones y los ojos. Además, también origina síntomas psíquicos como discapacidad mental de distintos grados y problemas de comportamiento de tipo autístico.

La denominación de la enfermedad se debe a que ésta provoca unos crecimientos anormales que toman forma de tubérculos – como raíces – y se calcifican con la edad. Al parecer, los tubérculos son tumores benignos pero se cree que pueden ser parte causante de las crisis epilépticas (T. S. Alliance, 2000, en web [www.esclerosistuberosa.com]). El cerebro de Marc se encuentra muy invadido por ellos y eso dificulta, cuando no impide, el funcionamiento normal de los circuitos neuronales. Se puede heredar de la madre o el padre portador/a pero en muchos casos proviene de una mutación genética espontánea en el óvulo o el espermatozoide. Según recoge la enciclopedia médica MedlinePlus (Douglas, 2004, en web [www.nlm.nih.gov/medlineplus]), los síntomas y el pronóstico pueden ser muy variados y no se sabe los límites que supone para el desarrollo bio-psico-social de cada niño. La investigación llevada a cabo hasta el momento no permite predecir qué casos desarrollarán un síntoma determinado y cuáles no. La incidencia ha sido estimada en 1 de cada 6000 nacimientos y un 60 a 90% de los casos sufre ataques epilépticos. La casuística va desde personas poco afectadas que desarrollan una inteligencia normal y

sufren pocas convulsiones, a personas que padecen muy numerosas crisis epilépticas difíciles de controlar y un profundo retraso mental.

Por el momento, desde su nacimiento y hasta sus más de 4 años ahora, Marc está en esta segunda situación. Desde muy bebé ha sufrido ataques epilépticos a diario, varias veces y de diferentes tipos: desde convulsiones fuertes con espasmos en las extremidades y flexión/extensión de la cabeza y el torso, a pequeños movimientos de la cabeza o simplemente breves ausencias durante las que el niño fija la mirada perdida unos instantes. A medida que ha ido creciendo y como ocurre en muchos casos, los ataques han ido disminuyendo hasta poder estar una semana entera sin sufrir ninguno. Sin embargo, no han dejado de producirse y parecen muy difíciles de erradicar con la medicación antiepiléptica. De hecho, gran parte de las revisiones a las que debe acudir el niño son de neuropediatría, para probar distintas dosis y medicaciones en un intento de encontrar el tratamiento adecuado. Hasta el momento no se ha logrado ningún resultado definitivo y por eso finalmente los médicos y los padres han decidido operarle⁵. Le van a extirpar pequeñas zonas de la corteza del cerebro donde se acumulan tubérculos que parecen ser los focos donde se originan los ataques. En las otras áreas biológicas que suelen estar afectadas por la Esclerosis Tuberosa (corazón, riñones, piel y visión) Marc tiene bastante buena salud.

Por otro lado, desde el punto de vista psicológico se trata de un caso difícil de clasificar para la terapeuta en DM. Cuando inician la demanda de DMT los padres no aportan ni tienen constancia de ningún diagnóstico de trastorno de conducta específico y a priori no parece claro que sea un niño con comportamientos autísticos. En efecto, el niño se muestra sociable y busca el encuentro con sus seres significativos a través de la mirada, el contacto físico y la sonrisa. De todos modos, en las primeras sesiones de DMT se observan conductas consideradas autísticas de acuerdo con la T. S. Alliance (2000, en web [www.esclerosistuberosa.com]). Por ejemplo, falta de atención, constantes comportamientos repetitivos, momentos en lo que parece ‘estar en su mundo’ o falta de comunicación verbal en una edad en que otros niños hablan. Por su parte, los padres expresan que a pesar de ser muy cariñoso y sonriente, el niño muestra cada vez más irritación y agitación repentina. Para ellos es una señal de que el niño

⁵ En la época en que se redacta el presente texto, mayo del 2006, se han interrumpido las sesiones hasta que se haya realizado la operación, prevista para junio.

entiende cada vez más cosas pero se frustra al no saber cómo expresarlas, aunque también se lo toman como una señal de que cada vez tiene un carácter más difícil. Cognitivamente padece mucho retraso mental generalizado, ya que no habla – aunque tiene la capacidad de emitir sonidos y vocalizar, e incluso puede decir alguna sílaba – y no tiene capacidad de simbolización. Por otra parte, no parece entender ni responde con acciones a muchas de las cosas que se le dicen, no indica ni expresa con gestos lo que quiere. Clínicamente, en el momento de la derivación a DMT, la psicomotricista⁶ considera que se encuentra todavía en etapa de fusión en sus relaciones objetales, sin un Yo formado, o muy débil todavía, que no está en disposición de imitar al otro sino que necesita que se le imite a él. Partiendo de estas primeras informaciones sobre el caso de Marc, en el apartado de revisión de la literatura se tratará de llegar a una definición del cuadro psicológico del niño y así establecer un diagnóstico a partir del cual poder ahondar en la literatura que apoye la intervención en DMT en casos similares.

Por último, se mencionan aquí las formas de tratamiento y apoyo que Marc ha recibido para tratar de paliar los distintos síntomas y déficits del desarrollo que padece. Desde que nació se le ha ido tratando con diversos fármacos antiepilépticos fuertes y con efectos secundarios como pérdida de equilibrio, falta de control motriz o somnolencia. También ha tomado medicación diversa para los órganos vitales que se han visto afectados (riñones, corazón, ojos). En el área psicomotriz ha recibido estimulación precoz desde los 3 meses, posteriormente psicomotricidad relacional (de los 20 meses a los 3 años y medio) y a los 3 años se añade también el proceso de DMT por iniciativa de los padres. El apoyo social y psicopedagógico institucional se le proporciona llevándole primero a una guardería para niños tanto enfermos como normales tres horas al día (coincidiendo con el inicio de DMT) y a partir de los casi 4 años empieza educación especial en una escuela pública para niños discapacitados.

⁶ En conversación telefónica con la danza/movimiento terapeuta.

CAPÍTULO 2: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Debido a la excepcionalidad del caso que se expone, resulta muy difícil encontrar apoyo en la literatura para saber cómo enfocar el proceso terapéutico en sí y qué temáticas específicas investigadas en DMT pueden ser útiles para este trabajo. Primero se ha tenido en cuenta que se trata de un estudio de caso, que la población de referencia es la de niños con un nivel de desarrollo psicológico muy limitado, correspondiente a etapas preverbales, y que hay que tener en cuenta causas orgánicas. A partir de ese marco, se ha indagado en la literatura sobre: teoría e intervención en DMT y otras terapias creativas con trastornos psicológicos tempranos (autismo, retraso mental, trastornos de conducta); observación y análisis del movimiento; nociones de neuropsicopatología; relación temprana madre-bebé; y teorías evolutivas y psicodinámicas sobre desarrollo psicológico del infante en las primeras etapas preverbales. De toda la información recogida se destacan a continuación algunas de las ideas que han guiado este estudio de caso. Éstas giran entorno a las bases teóricas del trabajo corporal en DMT como forma de intervención psicoterapéutica, el desarrollo psíquico temprano visto en términos del desarrollo del movimiento y del sentido del sí-mismo, y algunos ejemplos de intervención no-verbal con terapias creativas en casos de trastorno psicológico temprano.

2. 1. El trabajo corporal en DMT como forma de intervención psicoterapéutica

En un sentido amplio, en la literatura se considera que la DMT es un tipo de psicoterapia que pertenece a la familia de las terapias creativas, junto con la Música-Terapia, el Arte-Terapia o la Drama-Terapia (Panhofer y Rodríguez Cigaran, 2005). Se centra en la relación intrínseca entre cuerpo y mente, entre moción y emoción, así como en el valor comunicativo, simbólico y metafórico del movimiento o la danza. Si el psicoterapeuta utiliza palabras para comunicar con el paciente y considera las verbalizaciones de éste último como evidencias de su estado emocional y de sus procesos inconscientes subyacentes, la psicoterapeuta en Danza y Movimiento utiliza el movimiento para interactuar con el paciente e interpretar los movimientos de éste en términos de su contenido simbólico y expresivo (Stanton Jones, 1992). Por un lado, la

terapeuta en DM observa y analiza el cuerpo y las características de movimiento del paciente, además de tener en cuenta sus verbalizaciones – si las hay – e interrelaciones con el entorno social y físico. Por otro, realiza intervenciones basadas en la observación previa, bien proponiendo movimientos que permitan al paciente ampliar su vocabulario de movimiento, bien respondiendo a las iniciativas venidas del paciente.

Sin embargo, para situarse en el presente estudio de caso, hay que tener en cuenta que en DMT también se puede trabajar con la persona que no ha desarrollado lenguaje verbal e incluso, que no ha desarrollado simbolismo en su comunicación no-verbal. En efecto, la DMT se ocupa del desarrollo de la persona en términos psicológicos, mayoritariamente desde enfoques psicodinámicos que sitúan al “Yo” o al “sí-mismo” en el centro de la psique pero entendiendo que esa entidad psicológica es en esencia la vivencia y construcción de un cuerpo en movimiento (Siegel, 1984). De acuerdo con esta autora, se tiene en cuenta la evolución de un ‘Yo’ que se separa de una matriz donde no hay diferenciación ni distinción entre un ‘Yo’ y un ‘No-Yo’, entre lo que es interno y externo. Pero este ‘Yo’, en DMT, es siempre y principalmente el ‘Yo’ corporal con el que experimentamos y construimos nuestra realidad. Se parte de la unidad entre mente y cuerpo que ya defendía Freud cuando consideraba que el cuerpo contiene todas las fuentes de la conciencia. Es decir que se focaliza en la premisa de que no existe ninguna actividad vital humana que no sea del cuerpo (Siegel, 1984).

Además, en el nivel preverbal de desarrollo que nos ocupa la DMT retoma diversos aspectos de la teoría y la investigación sobre la interacción entre madre y bebé provenientes de autores como Bowlby (1988), Brazelton (1974), Stern (1983, 1991, 1999) o Winnicott (1972, 1975, 1998). Dichos autores enfatizan la importancia de una buena contención del entorno y del apego seguro que puede proporcionar una “madre de devoción corriente” o “suficientemente buena”, como la llama Winnicott (1972, 1998). En este tipo de contextos va creciendo una relación basada en el contacto físico, la mirada, las expresiones faciales, la imitación mutua de gestos y sonidos, diálogos de movimiento en los que se van estableciendo turnos de habla, así como distintos ritmos e intensidades en la atención mutua (Stern 1991). La relación no es simétrica (Winnicott, 1998), ya que la madre, y en su caso la terapeuta, adquiere un rol contenedor con el que espera y construye un ritmo en la interacción, y escucha y responde al infante a través del dar sentido verbalmente y reflejar no-verbalmente lo que el niño expresa cinética,

emocional y cognitivamente (Stern 1991). Se puede destacar así que en las etapas más tempranas y preverbales del desarrollo – hasta que el niño tiene 2 años aproximadamente –, la mayor parte de la relación materno-filial se construye a través del lenguaje no verbal de dos cuerpos dialogando en movimiento, en el marco de seguridad que proporciona el cuidado físico y emocional del adulto (Bowlby 1988, Stern 1991, Winnicott 1998).

Poniendo en práctica estas premisas relacionales, aunque sin saberlo en su momento, las pioneras de la DMT como Marian Chace, Trudy Schoop y Mary Whitehouse desarrollarán distintos enfoques en su trabajo pero otorgando siempre un rol central al reflejo empático, a través del cuerpo y el lenguaje no-verbal, como base para la construcción del vínculo terapéutico (en Lewis 1979). En la misma línea, terapeutas actuales como Helen Payne (1992) afirman que retomando las cualidades del movimiento del paciente y haciéndole de espejo, de eco o de sombra, la psicoterapeuta en DM conecta activamente con éste. En el caso más específico de niños con graves dificultades de desarrollo, relacionales y/o de conducta, lo que consigue la DMT según Leonella Parteli (1995) es crear un puente a través del cual el paciente pueda compartir una relación gracias a que la terapeuta trata de entender y hablar el rudimentario y ‘extraño’ lenguaje sensorio-motriz del paciente.

También desde la investigación en DMT se han ido respaldando estas afirmaciones. En el campo del trabajo con niños y adolescentes, Helen Payne (1992) considera que a pesar de que existe todavía poca investigación hay suficientes indicios entre los estudios con esta población de que la DMT es útil para reducir la ansiedad y aumentar la expresividad de niños discapacitados, con dificultades de aprendizaje o autistas, sobretodo en los casos que tienen buena predisposición al movimiento. En su investigación meta-analítica sobre los efectos de la DMT, Ritter y Low (1996) comprueban que la DMT aporta mejoras psicológicas y físicas en cinco áreas: resocialización e integración en un sistema grupal; expresión no-verbal creativa para aumentar la expresión emocional; conciencia global del cuerpo y del *self* y mejora de la autoestima; mejora de las capacidades motrices, coordinando la musculatura y soltando tensiones; así como diversión a través de la relajación.

Por último, cabe destacar para el presente trabajo la idea de que mucho antes de tener una dimensión simbólica y metafórica, el lenguaje corporal despliega signos tempranos pre-simbólicos que reflejan el desarrollo de una psique, de un ser con una manera propia de sentirse a sí mismo y a su entorno. Tanto Daniel Stern (1991), desde la psicoterapia psicoanalítica y la psicología del desarrollo, como el bailarín y psicoterapeuta norteamericano Cary Rick (2001), especializado en DMT, parten de esta premisa.

Estos autores, sobretudo el segundo, investigan en las etapas tempranas del desarrollo y recogen el significado psicológico de los aspectos corporales y del movimiento, pero lo interesante para el caso que nos ocupa es que focalizan en las funciones y características del cuerpo y sus movimientos más allá de la dimensión de lenguaje simbólico que se suele otorgar al lenguaje no verbal. Cary Rick (2001) en particular, se centra en investigar sobre la aparición y evolución de las funciones ejecutivas del cuerpo en movimiento, es decir aquello que el cuerpo hace y para qué le está sirviendo al ser humano en su interrelación con el entorno, y lo distingue de lo que popularmente se considera el lenguaje corporal. Para dicho autor (2001), el cuerpo y el movimiento no son simbólicos ni constituyen un lenguaje en sí mismos. La dimensión de lenguaje aparece con la representación que hacemos del movimiento como experiencia que adquiere un significado simbólico en la comunicación humana. En ese paradigma de ideas se intenta situar este trabajo ya que trata de investigar en el mundo del significado psicológico del movimiento mucho antes de que éste sea metafórico.

La teoría y metodología de Cary Rick no se pueden utilizar y exponer en el presente escrito por diversas razones, la principal de las cuales es que se requiere una formación específica y experiencial antes de poder integrar sus ideas. De todos modos, se menciona aquí porque de alguna manera, su visión está presente en el abordaje de esta investigación. En efecto, este autor ha desarrollado un sistema teórico y un método de análisis del movimiento basado en la teoría del desarrollo del sentido del sí-mismo de Daniel Stern (1991) y gran parte del trabajo de análisis en el presente estudio se apoya en dicha teoría⁷.

⁷ La autora agradece a su supervisora en DMT, Inés Febrer Bowen, la introducción a las ideas de Cary Rick. Ha sido muy valiosa la ayuda de dicha supervisora para establecer una relación entre el desarrollo temprano del movimiento y el desarrollo del sentido del sí-mismo de D. Stern (1991).

2. 2. Desarrollo temprano: movimiento y sí-mismo

A continuación se presentan algunos aspectos del sistema de observación y análisis del movimiento de Rudolf Laban (1989) y de la teoría desarrollada por Judith Kestenberg (1995) sobre las cualidades de movimiento correspondientes a las primeras etapas del desarrollo psicosexual. Ambas teorías son utilizadas en la práctica y la investigación en DMT (Panhofer y Rodríguez Cigaran 2005). También se resumen las investigaciones y la teoría de Daniel Stern (1991) acerca del desarrollo temprano del sentido del sí-mismo en el infante. El trabajo de Stern aporta evidencia del rol central del cuerpo en el desarrollo psicológico de un niño (Hartley, 2004), especialmente en las etapas preverbales, por lo que resulta muy útil para abordar el presente estudio de caso.

2. 2. 1. Teorías del análisis del movimiento

El bailarín, coreógrafo y pionero en investigación moderna del movimiento Rudolf Laban (1989) se interesó por los estados afectivos internos que subyacen a las acciones externas, es decir, por la esencia psicológica del movimiento (Parteli 1995). Investigó cómo los distintos elementos y dinámicas de las acciones, por la manera en que se despliegan e interrelacionan, evocan distintos estados mentales y de ánimo, pensamientos, atmósferas y emociones (Parteli 1995).

Su sistema de observación divide el movimiento en cinco componentes generales que responden a distintas preguntas (Laban 1987, 1989):

- **Cuerpo:** ¿Qué características tiene y qué partes se mueven?
- **Dinámicas:** ¿Cómo se mueve el cuerpo?
- **Espacio:** ¿Dónde se mueve? ¿En qué niveles y planos?
- **Relaciones:** ¿Con quién o qué objetos se interactúa?
- **Acciones:** ¿Qué hace?

Las dinámicas del movimiento son el componente en el que más se ha profundizado para extraer su significado psicológico (North 1990, Bartenieff y Lewis 1980). Por eso en este apartado se detallan solamente las distintas dinámicas y se

expone su significado psicológico de acuerdo con las correlaciones que establecen Bartenieff y Lewis (1980) para cada una de ellas (ver también Panhofer y Rodríguez Cigaran 2005). Laban distingue cuatro dinámicas, también llamadas cualidades, a las que da forma de ejes con dos polos cada una. Se pueden observar simultáneamente en todo movimiento de un adulto y aparecen en el desarrollo infantil en el orden que se sigue a continuación (Kestenberg 1995)⁸:

- **Flujo:** referido al nivel de tensión del movimiento. En un extremo, el flujo puede ser libre y en el otro contenido. Psicológicamente se relaciona con las emociones, la respiración y el control de éstas.
- **Espacio:** con el que se observa en qué medida la dirección y el foco en el movimiento son flexibles / indirectos, o claramente directos. Se correlaciona con la capacidad de atención y focalización, el pensamiento y la concentración.
- **Peso:** referido al grado de presencia y uso del peso como fuerza o energía en el movimiento. Puede ser firme, o por el contrario liviano o ligero, y psicológicamente se corresponde con las sensaciones, el sentido de fisicalidad y de *self*, y las intenciones.
- **Tiempo:** referido a la medida en que el movimiento tiene una calidad de discurrir constante (sea lenta o rápidamente) o si se observan detenciones bruscas. En un polo el tiempo puede ser sostenido y en el otro súbito. Psicológicamente se relaciona con la intuición y la toma de decisiones.

Por su parte, Judith Kestenberg (1995) también profundiza psicológicamente en los parámetros de observación de Laban y los relaciona con las etapas de desarrollo psicosexual de Anne Freud. Su trabajo de investigación sobre el desarrollo del movimiento toma forma de guía orientadora gracias a la cual se pueden relacionar las distintas etapas psicosexuales con la aparición de determinadas dinámicas, planos, actitudes corporales, ritmos de movimiento y actividades, entre otros aspectos. Para el estudio de caso que nos ocupa se presenta un cuadro resumen de dichas correspondencias en las edades de 0 a 5 años y medio – ver página siguiente.

⁸ Las fórmulas para definir resumidamente cada dinámica son de la autora del presente texto, aunque están basados en la terminología de la literatura mencionada y en el material académico elaborado por su supervisora Heidrun Panhofer.

Desarrollo del movimiento de acuerdo a las etapas psicosexuales de A. Freud (adaptado de Kestenberg 1995)

<i>Edad y fase sexual</i>	<i>Plano</i>	<i>Dinámica preferente</i>	<i>Actitud corporal</i>	<i>Ritmo preferente 'de simbiosis' y actividades</i>	<i>Ritmo preferente 'de separación' y actividades</i>
0-1 mes Neonatal	Horizontal pasivo	Flujo	No conciencia de cuerpo. <i>Split</i> cuerpo superior e inferior	Succionar, chupar, lamer. Ritmo sedante y relajante de balanceo con carácter nutricional. Se ve en la boca, en los dedos de manos y pies.	Morder, chasquear de dedos, presión o golpe repentino. Se agarran y sueltan objetos. Flujo uniforme regular para cortar, diferenciar y separar.
1-18 meses Oral	Horizontal	Espacio	Inicio funcionamiento de cuerpo como entero.		
18 meses a 2,5 años Anal	Vertical	Peso	Tronco en bloque. Relación entre partes del cuerpo.	Retorcerse, contonearse. Torsión y curva espinal al gatear. Sale de espalda y va más allá del coxis y la cabeza.	Tensar y soltar continuo. Esfuerzo del levantarse y soltarse de repente. Presión y tensión para separación.
2,5 a 3,5 años Uretral	Sagital	Tiempo	Distingue extremidades superiores e inferiores. Cintura flexible.	Correr y fluir. Cambios suaves de tensión, pasivos, sin control (pipí). Correr hasta obstáculo que para.	Correr y parar, y volver a correr. Transición abrupta, control de aguantar antes de soltar.
3 a 4 años Genital interna	Integración de todos	Integración de todas	Hacerse grande y pequeño. Juego con otros.	Ondulación, balanceo de baja intensidad. 'Olas' lentas que salen de la pelvis.	Brotar, surgir, ritmo de arrebato con sensación de ola gradual intensa. Contracción antes de liberar.
3,5 a 5,5 años Genital externa	Integración de todos	Integración de todas	Límites corporales claros, más distinción de cabeza y extremidades. Planifica, se orienta.	Saltar suave, con muelle, pero repentino, excitado como para llamar la atención.	Chorro o acelerón repentino con choque. Repentino e intenso aumento de tensión. Empujones, saltos anchos.

Los criterios de observación y análisis del movimiento de Laban y Kestenberg aquí descritos servirán de base para la evaluación de los cambios que se incluye en el capítulo de Resultados. El cuadro evolutivo de los ritmos de Kestenberg será especialmente útil para este estudio dado que permitirá evaluar el grado de trastorno del desarrollo del caso que nos ocupa. Al comienzo de la investigación el niño tiene casi 3 años y al término de la misma ha cumplido los 4 años y medio. Así pues, se podrá comparar su grado de desarrollo psicológico con el de los niños ‘sanos’ de su edad.

Cabe decir también que se han encontrado diversas evidencias en la literatura en DMT que validan la utilización de estos criterios en la clínica y la investigación. Así por ejemplo, de acuerdo con Parteli (1995), el *Laban Movement Análisis* (LMA) desarrollado por Laban (1989) y ampliado por Kestenberg (1995), proporciona parámetros específicos para entender los aspectos funcionales, expresivos y simbólicos del movimiento. Permite que la psicoterapeuta en DM capte detalles esenciales del movimiento al descomponerlo en sus elementos, cualidades y coreografías espaciales básicos y que pueda entonces analizar la significación psicológica de dichos componentes. Para dicha autora, se trata pues de una especie de sistema alfabético, gramatical y semántico con el se puede entender el lenguaje del cuerpo en sus aspectos estéticos a la vez que psicológicos. Además, según Panhofer y Rodríguez Cigaran (2005), el LMA:

se puede entender como un sistema que ayuda a analizar las interacciones entre el paciente y el terapeuta, y que sirve como herramienta de investigación. (p. 69)

2. 2. 2. Desarrollo del sentido del sí-mismo

Daniel Stern (1983, 1991, 1999) ha desarrollado una teoría del desarrollo psicológico infantil basada tanto en las teorías clínicas psicodinámicas que infieren al infante a partir de la clínica adulta como en las teorías de la psicología evolutiva que parten de la observación directa de los bebés. Con su metodología trata de extraer inferencias sobre la experiencia social subjetiva del infante a partir de los datos provenientes de las investigaciones más recientes (Stern, 1991). La observación se centra en el comportamiento del pequeño siempre en relación a su entorno, principalmente el entorno social, es decir la madre o cuidadores principales. A pesar de compartir muchas de las hipótesis de la teoría psicoanalítica tradicional y de la teoría del

apego, su largo trabajo de investigación le ha llevado a buscar un constructo de orden superior que organice el desarrollo. Dicho constructo es el sentido subjetivo del sí-mismo, que considera principio organizador fundamental del desarrollo psicológico humano a lo largo de todo el ciclo vital.

Lo que es fundamental para el presente estudio es que Stern se pregunta por el sentido del *self* que ya está presente en las etapas preverbales y que parte del siguiente supuesto:

[...] algunos sentidos del sí-mismo existen desde mucho antes que la autopercepción y el lenguaje. Entre esos sentidos se cuentan el de ser agente, el de la cohesión física, el de la continuidad en el tiempo, el de tener intenciones en la mente [...]. (1991, p. 21)

Además, en su teoría sobre el desarrollo del sentido del sí-mismo confiere una importancia central al procesamiento sensorio-motor a través del cuerpo y a la capacidad de entrar en relación con el entorno a través de experiencias corporales. Es decir que, consigue partir de los conceptos psicodinámicos inferidos (como la oralidad, el apego, la independencia o la confianza) para traducirlos al terreno concreto de la experiencia directa y sentida del cuerpo, con sus sensaciones y percepciones.

Stern (1991) distingue entre cuatro sentidos del *self*, que se ponen en marcha cronológicamente en un determinado momento evolutivo pero que siguen presentes de forma simultánea y acumulativa a lo largo de toda la vida (p. 51). Cada sentido del sí-mismo tiene características propias que constituyen formas determinadas de experimentar la vida social y el sí-mismo. Es decir, cada sentido del *self* opera en lo que Stern (1991) llama un ‘dominio de relacionamiento’ distinto (p. 46). Una vez formados, los diferentes dominios de relacionamiento también permanecen operativos toda la vida y se dan simultáneamente en una misma situación.

A continuación se resumen las características básicas de los tres primeros sentidos del sí-mismo que aparecen en el desarrollo: el sentido de un *self* emergente; el sentido de un *self* nuclear; el sentido de un *self* subjetivo. El siguiente sentido en el desarrollo, el de un *self* verbal, no se describe aquí ya que en este estudio nos ocupan las etapas preverbales. Toda la información resumida en los tres siguientes apartados proviene de Stern 1991.

2. 2.2. a) *El sentido emergente del sí-mismo*

Se sitúa entre el nacimiento y los dos meses aproximadamente y es construido dentro de la relación con los padres gracias a que éstos tratan al bebé desde un inicio no sólo como un sistema fisiológico con necesidades de cuidado y regulación sino como ser social con sentimientos, sensibilidad y un sentido emergente de sí mismo. Si Piaget considera que el sentido de uno mismo es sobretodo el producto de la integración y organización de distintas experiencias, Stern plantea que el infante también experimenta el proceso de ese estar llegando a una organización. Para ello, el bebé tiene acceso desde el principio a determinados procesos. En primer lugar, la percepción amodal, es decir, la capacidad para inferir información supramodal de cualquier experiencia e integrar en una sola organización aspectos que le llegan desde diferentes modalidades sensoriales. Los bebés parecen poder traducir la información recibida por un canal, por ejemplo, la visión de una imagen intermitente, en información análoga correspondiente a otro sentido: reconociendo en este caso la analogía con un sonido intermitente que va a la misma frecuencia que la imagen. Las representaciones que experimentan son formas, intensidades y pautas temporales, en una percepción global, más que aspectos separados y específicos como un sonido o un objeto. En segundo lugar, funcionan también según una percepción afectiva con la que confieren automáticamente a todo estímulo llegado de cualquier canal – por ejemplo, una línea o un color – un tono feliz, rabioso o triste. Ligado a este proceso, está también la capacidad del infante para captar lo que Stern llama “afectos de la vitalidad”. Éstas son cualidades energéticas presentes en todas las interacciones, principalmente de tipo social, en las que está inmerso el pequeño y que le llevan a experimentar dichas interacciones en términos como: “agitación”, “desvanecimiento progresivo”, “fugaz”, “explosivo”, “crescendo”, “estallido”, “irrupción”, [etc] (Stern 1991, p. 75-77). Además de experimentar el mundo de estas maneras, desde el inicio el bebé va ordenando gradualmente los distintos elementos de su experiencia directa en constelaciones de patrones, lo cual contribuye a su desarrollo de un sentido de sí y del otro tanto en esta etapa emergente como en todas las demás.

2. 2.2. b) *El sentido nuclear del sí-mismo*

Hacia los dos o tres meses, el bebé da la sensación de ser una persona muy distinta, integrada de una forma más completa y con la capacidad de poner en juego acciones, planes, percepciones, cogniciones y afectos propios y de poder dirigirlos

durante un lapso breve de tiempo hacia una determinada situación social (Stern 1991, p. 93). Parece entrar en el dominio del relacionamiento nuclear con un sentido de sí mismo como cuerpo integrado y coherente. A diferencia de otras teorías psicoanalíticas que consideran que el infante pasa de un estado de indiferenciación y fusión con la madre a un sentido de un *self* separado, Stern (1991) sostiene que la primera tarea evolutiva en la que se involucra el pequeño, y que nunca dejará de interesarle si tiene un desarrollo sano, es la de adquirir un sentido nuclear de sí-mismo separado de un sentido nuclear del otro.

Por otro lado, esta etapa entre los dos y los seis o siete meses es la etapa social del bebé por excelencia. La sonrisa se pone plenamente en juego, la mirada recíproca es activamente buscada, las vocalizaciones se dirigen hacia otros para reclamar su atención. Es decir que aparecen una serie de transformaciones bioconductuales que convierten al infante en un compañero que busca casi exclusivamente el intercambio social. Los mecanismos subyacentes a estos cambios son lo que Stern llama ‘Representaciones de Interacciones Generalizadas’ – RIG – (1991, p.125). Contienen invariantes de acción, sensación y afecto que el infante va identificando e integrando en una representación a partir de diferentes interacciones que tienen componentes parecidos.

Las experiencias subjetivas y organizadoras a las que tendría acceso el bebé en este período serían las siguientes, descritas en palabras del autor:

- (1) la agencia del sí-mismo, en el sentido de condición de agente o autor de las propias acciones y no autor de las acciones de los otros; supone tener volición, control de la acción generada por el propio sujeto [...], y esperar las consecuencias de la propia acción [..];
- (2) la coherencia del sí-mismo, que es tener un sentido de ser un todo físico no fragmentado, con límites y un lugar de acción integrada, durante el movimiento (conducta) y la quietud;
- (3) la afectividad del sí-mismo, es decir, experimentar cualidades interiores pautadas del sentimiento (afectos) que tienen que ver con otras experiencias del sí-mismo;
- (4) una historia del sí-mismo, esto es, el sentido de perdurar, de una continuidad con el propio pasado, de modo que uno “sigue siendo” y puede incluso cambiar sin dejar de ser el mismo. (1991, p. 95)

El sentido nuclear del sí-mismo no es un constructo cognitivo, es un sentido de integración experiencial de los hechos palpables como la sustancia, la acción, la sensación, el afecto y el tiempo. Éste sentido del sí-mismo será el cimiento sobre el que se construirán los siguientes sentidos del self que aparecerán en el desarrollo.

2. 2.2. c) *El sentido subjetivo del sí-mismo*

Este sentido del sí-mismo se desarrolla entre los 7 a 9 meses y los 15 meses de edad. En este momento los infantes se dan cuenta que tanto ellos como los demás tienen una mente y que se pueden compartir algunas experiencias subjetivas internas. Sin la experiencia previa del relacionamiento nuclear, que proporciona un sentido del sí-mismo física y sensorialmente integrado, se puede ver muy limitada dicha capacidad de compartir mundos internos intersubjetivamente. Este es el período durante el cual, afirma la teoría psicoanalítica clásica, se emerge fuera del estado de fusión hacia un sentido más autónomo del sí-mismo. Para Stern, en cambio, en esta etapa se dan tanto experiencias de separación como experiencias de unión, de “estar con” el otro de nuevas formas.

Relacionarse intersubjetivamente es posible gracias a los entonamientos afectivos que se desarrollan en la relación diádica entre el adulto cuidador y el bebé. Más allá de hacer de simple espejo de las conductas del niño, el adulto refleja las acciones del pequeño a través de distintas modalidades sensoriales y de tal manera que entona con su estado afectivo interno a través del ritmo o la pauta temporal de dichas acciones. Por ejemplo, el adulto hace eco de un sonido que emite el infante – modalidad auditiva – mediante un gesto – modalidad visual – que sigue el mismo ritmo y/o la misma intensidad en el afecto de dicho sonido. Los entonamientos afectivos tiñen prácticamente todas las actividades cotidianas y aunque suelen pasar desapercibidos dan cuenta de la calidad de la interrelación de la díada. Gracias a estos fenómenos el infante empezará a reconocer que los estados afectivos internos son formas de la experiencia humana que se pueden compartir con los demás. Y también es válido lo contrario, que los estados con los que nunca se entona permanecerán en el mundo solitario. Lo interesante de este concepto para la DMT es que a través de formas externas del movimiento, la cualidad, el ritmo, la intensidad, etc., se puede entender, comunicar y sintonizar con los estados internos de otra persona.

2. 3. **Intervención con terapias creativas en trastornos psicológicos tempranos**

Teniendo en cuenta la falta de un diagnóstico psicológico de Marc en el momento en que sus padres realizan la demanda de DMT, se considera importante

puntualizar aquí el cuadro psicopatológico del que parte la autora para trabajar en este estudio de caso. Se intenta establecer un diagnóstico a partir de las conductas de Marc y a continuación se resume la literatura encontrada entorno a formas de intervención desde las terapias creativas para casos similares.

La literatura revisada entorno a trastornos psicológicos tempranos del desarrollo (Loman 1995, Parteli 1995, Siegel 1984, Tustin 1988, Winnicott 1975; y específicamente desde la neuropsicología: (Anderson et. al. 2001, y Cozolino y Sprokay 2005), así como la información recogida sobre la Esclerosis Tuberosa y el caso de Marc – ver capítulo 1 –, permiten establecer que el cuadro psicopatológico de Marc conlleva principalmente retraso mental y trastornos de comportamiento de tipo autístico debidos a factores orgánicos. Teniendo en cuenta que el ámbito de intervención de la DMT es el psicoterapéutico, en el presente trabajo se focalizará solamente en los comportamientos autísticos. La terapeuta establece este diagnóstico teniendo en cuenta la presencia de los siguientes comportamientos de Marc, relatados por los padres y observados durante las primeras sesiones: estereotipias y conductas extrañas, con tendencia a usar los objetos compulsivamente en lugar de constructiva o creativamente y a realizar actos repetitivos sin significado aparente; resistencia a la actividad compartida; incapacidad para participar en ningún juego prolongado o intencionado; capacidad para emitir sonidos y pronunciar algunas sílabas – como por ejemplo “ma”, “pa”, “ki”, “gue” – pero falta de comunicación y habla en una edad en la que esta función ya debería haberse desarrollado; desconexión frecuente de la relación con el otro con la mirada absorta y el caminar deambulante, pies casi siempre de puntillas. Todos ellos son considerados síntomas de espectro autístico en la literatura revisada (Loman 1995, Parteli 1995, Siegel 1984, Tustin 1988; y T. S. Alliance 2000 y Dunachie 2000 en web [www.esclerosistuberosa.com]).

En cuanto a la etiología de estos comportamientos, cabe tener en cuenta la devastadora presencia de malformaciones en el cerebro de Marc y los constantes ataques epilépticos que sufre desde que nació, los cuales, como ya se ha expuesto anteriormente, constituyen el principal problema orgánico de su enfermedad. Las conductas autísticas descritas serían, en opinión de la autora, consecuencia de esta condición orgánica a nivel psicológico. De acuerdo con Tustin (1988), el término autismo engloba a la práctica cuadros psicopatológicos diversos, es decir que existen

múltiples causas, tipos y grados de autismo. Sin embargo, se pueden clasificar en dos tipos principales: el autismo en el que predominan factores orgánicos y aquél en el destacan factores psicógenos (Tustin, 1988, p.93). También Winnicott (1975) estudia la condición autística y expone que entre las deformaciones que puede padecer la organización del ego en las primeras etapas del desarrollo están las pertenecientes al grupo de la esquizofrenia infantil o autismo. Como ocurre en el caso de Marc, dice Winnicott que a este grupo de trastornos pertenecen aquellos derivados de lesiones o deficiencias del cerebro y de fallos en la maduración (1975, p.68). Añade que a menudo es difícil para el psiquiatra diagnosticar si hay un defecto primario, un fallo psicológico en la maduración en un cerebro intacto, una reacción ante la falta de apoyo del ego por parte de la madre o una combinación de diversos factores (ídem). En el caso de Marc, sin embargo, parece claro que la presencia de trastornos neurológicos es, si no la única causa, la principal causante de su retraso del desarrollo y de los comportamientos autísticos que de éste derivan.

Así pues, para abordar este caso desde la DMT se han tenido en cuenta distintas intervenciones realizadas desde las terapias creativas en un caso específico de Esclerosis Tuberosa y en distintos casos de trastornos autísticos. Los casos que aquí se resumen, sin embargo, no se explican principalmente por causas orgánicas. Las formas de intervención mencionadas en estos estudios servirán como herramientas en el proceso de DMT que constituye la fase de intervención de esta investigación – ver capítulo 4.

Dunachie (2000, en web [www.esclerosistuberosa.com]) describe brevemente un proceso de Músico-Terapia llevado a cabo con dos niñas que padecen Esclerosis Tuberosa y presentan síntomas autísticos similares a los de Marc. En dicho trabajo destaca el uso del lenguaje no verbal de la música, los sonidos, instrumentos sencillos que hay disponibles en la sala como instrumentos para establecer algún tipo de comunicación entre las niñas y el terapeuta. Si las niñas al inicio se resisten completamente a interactuar con los instrumentos, el terapeuta consigue las primeras respuestas por parte de las pequeñas a través del uso de la voz. Imitando y desarrollando las vocalizaciones de las niñas, tanto con la voz como con los objetos sonoros, poco a poco el terapeuta consigue que éstas empiecen a comunicar con él deliberadamente siguiendo algún diálogo de sonidos. El siguiente logro se dará cuando las propias niñas sean las que tomen la iniciativa de emitir sonidos en búsqueda de respuesta del terapeuta

o sean ellas activamente las que cojan y toquen un instrumento. La gran resistencia inicial para tomar parte activamente en el acto de la comunicación y el acercamiento al otro, típica de los estados autísticos, deja paso a ocasiones en que es posible encontrarse juntos haciendo lo mismo. Sin embargo, Dunachie (2000, en web [www.esclerosistuberosa.com]) puntualiza que el progreso es lento y a saltos ya que pequeños logros conseguidos en una sesión son seguidos de otra sesión que el terapeuta considera un fracaso espectacular.

Por su parte, la danza movimiento terapeuta Leonella Parteli (1995) expone su trabajo de intervención y análisis de tres casos de niños con trastornos autistas y psicóticos. Utilizando las herramientas del análisis de movimiento de Rudolf Laban y Judit Kestenberg, trata de entender cuál es el significado psíquico de los movimientos estereotipados, extraños y repetitivos que despliegan los niños. Su forma de intervenir combina entonces dos actitudes: la de acompañamiento sin cambio, imitando aspectos del movimiento del niño con los que éste parece mantener a raya las angustias inconcebibles (Parteli 1995, p. 242); con una actitud que promueve el cambio al introducir pequeñas variaciones sobre algún aspecto del movimiento y así buscar una respuesta distinta en el niño. Por ejemplo, refleja empáticamente el caminar balanceado y en círculo, con rigidez corporal, que despliega un niño en las primeras sesiones pero añadiendo pequeñas modificaciones como dibujar el círculo en sentido contrario y alargar un poco la mano hacia el niño cuando los dos se cruzan. A partir de ahí surgen pequeñas variaciones también en la respuesta del niño y se abren posibilidades para él de comunicar simbólicamente – con la ayuda de la capacidad de interpretación psicoanalítica de la terapeuta – sus estados afectivos internos.

Al igual que Parteli (1995), Siegel (1984), Erfer (1995) y Loman (1995) coinciden en destacar la importancia del rol de la terapeuta en DM que parte de la cualidad de los movimientos que observa, los imita, los amplía y luego desarrolla variaciones sobre ellos. Estas variaciones son formas de empatizar con el paciente autista aceptándolo en su forma de estar y mostrarse, a la vez que ofreciéndole nuevas posibilidades de salir de su encierro y relacionarse con el entorno. Loman (1995), al describir la forma en que la terapeuta refleja los movimientos del niño destaca el hecho

de que ésta ‘entona’⁹ con el estado afectivo del pequeño al reproducir, por ejemplo, sus patrones de tensión y relajación muscular (p. 216). Este concepto de entonamiento, con el que se trata de entrar en sintonía con el estado corporal y anímico del paciente, es paralelo al concepto del entonamiento de los afectos que utiliza Stern (1991) para explicar el papel de la madre que acompaña y refuerza los estados internos del bebé. Como se describe con más detalle en el capítulo 4 apartado 2.3, la madre refleja algún aspecto de la conducta aparente del bebé, pero no imita estrictamente sus movimientos sino que, por ejemplo, retoma el ritmo o la intensidad de éstos y los refuerza y amplía usando la voz. Así, comparte con el pequeño los afectos subyacentes a la experiencia intersubjetiva (Stern, 1991). La autora de este escrito tratará precisamente de profundizar en este concepto de Stern como herramienta específica de la DMT para reforzar y ampliar la capacidad de un niño de compartir estados afectivos con los demás.

Así mismo, cabe mencionar el trabajo de Siegel (1984), quien en sus intervenciones en DMT con pacientes autistas enfatiza el uso de la descripción verbal, literal y concreta de los movimientos de los pacientes en el momento en que se dan, diferenciándolos de los de la terapeuta – por ejemplo “Esta es mi mano, esta es tu mano”. Dicha autora también focaliza su intervención en acompañar y complementar las interacciones que inician los pacientes mientras éstas no impliquen peligro ni se consideren demasiado regresivas para ellos. Por último, realiza interpretaciones psicodinámicas sobre los actos aparentes del paciente. Por su parte, Erfer (1995) nos recuerda que la DMT es especialmente adecuada para trabajar con autistas ya que muchos de ellos no han desarrollado la comunicación verbal pero sí utilizan el lenguaje no-verbal del movimiento y por tanto éste sirve para establecer cierto contacto con ellos. Erfer (1995) puntualiza que la terapeuta en DM no hace de espejo de todos los movimientos del paciente ya que, por ejemplo, no debe reflejarlos cuando éste se muestra fuera de control o cuando sus acciones no parecen ofrecer la posibilidad de un cambio positivo en la relación o en su perfil de movimiento (p. 199). Añade esta autora (Erfer 1995) que, más allá del hacer de espejo, utilizar el contacto visual, el tacto, vocalizaciones, acciones corporales rítmicas, música, distintos objetos que estimulen y

⁹ Del inglés ‘*attune*’; también ‘*attunement*’ traducido al español como ‘entonamiento’ (en Stern 1991).

actividades sensoriomotrices diversas contribuye a la construcción de la relación terapéutica y al desarrollo de la imagen corporal del paciente (p. 199).

Después de repasar estos procesos de DMT con pacientes autistas (Siegel 1984, Erfer 1995, Loman 1995, Parteli 1995, Dunachie 2000), en opinión de la que escribe se pueden distinguir una serie de objetivos comunes:

- Se intenta ayudar al paciente a desarrollar un ego más fuerte, adquirir conciencia corporal y de los estados afectivos propios, y una mayor capacidad para distinguir entre sí-mismo y el otro.
- Es decir, se trata de reforzar la capacidad del autista para superar la necesidad de fusión con el otro (Parteli 1995) y que la progresiva separación y adquisición de una mínima autonomía no continúe siendo una fuente de ansiedad insostenible.
- Además, se intenta lograr que el paciente pueda expresar sus estados internos de otras maneras que no sean las estereotipias y que empiece a entrar en relación con el entorno y a comunicarse.

CAPÍTULO 3: PREGUNTA E HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, la pregunta de la que se parte es la siguiente: ¿Es posible estimular a través de la Danza Movimiento Terapia cambios en el desarrollo del *self* en un caso de enfermedad orgánica grave que frena el desarrollo psicológico?

La hipótesis se formula en los siguientes términos: En el contexto de una enfermedad con dificultades orgánicas graves, como son los constantes ataques epilépticos, un proceso de Danza Movimiento Terapia que enfatice el reflejo del movimiento y de los estados afectivos internos del niño puede reforzar la integración de experiencias sensorio-motrices y así estimular pequeños avances en su evolución psíquica.

Dicha evolución se considera constituida por los cambios que se observen en los siguientes aspectos del perfil de movimiento del niño: en sus dinámicas, sus ritmos y en su relación con el entorno físico (uso de objetos) y con el entorno social representado por la terapeuta. Por un lado, la evolución psíquica se analizará en términos de los cambios que se den en las dinámicas y los ritmos, siguiendo las teorías evolutivas sobre el movimiento según Laban (1987, 1989), North (1990) y Kestenberg (1995). Por otro lado, se analizarán cambios conductuales en la relación del niño con su entorno (objetos y terapeuta) que den cuenta de la evolución de sus relaciones objetales, principalmente en base a la teoría de Winnicott (1972 y 1975), y de la evolución de su sentido del sí-mismo según la teoría de Stern (1991). No solo se analizará el posible significado evolutivo y dinámico de los cambios en el movimiento sino también de las invariantes conductuales más significativas.

CAPÍTULO 4: MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA

A continuación se presenta el marco conceptual cualitativo en el que se sitúa esta investigación y se justifica el método de estudio de caso que se ha utilizado. Así mismo se describen las fases del estudio, las características del proceso de intervención en DMT y sus herramientas de intervención. Finalmente, se menciona la forma en que se han observado y analizado los cambios en el movimiento y en el desarrollo psicológico.

4. 1. Marco general

Para tratar de contrastar la hipótesis se lleva a cabo un estudio de caso único enmarcado dentro de la investigación de tipo cualitativo y fenomenológico. El estudio tiene dos fases, una primera fase de intervención mediante un proceso de DMT que se lleva a cabo durante aproximadamente un año y medio, a lo largo de 55 sesiones; y una segunda fase de análisis de los cambios que se han producido en el desarrollo del niño. De acuerdo con Berrol (2000), los métodos científicos orientados al análisis cualitativo-interpretativo de los contenidos y procesos son cada vez más utilizados en el ámbito de las ciencias sociales y abren nuevas posibilidades de investigación para terapias creativas como la DMT. Si históricamente se había establecido una dicotomía entre arte y ciencia, y por tanto los procesos de danzaterapia y de investigación se calificarían de incompatibles, hoy día se consideran relevantes y de rigor científicos los estudios de caso y el análisis cualitativo de los fenómenos que se desea comprender. Éstas son las herramientas que se utilizan en esta investigación.

También se trata de una investigación en la acción (Cohen y Manion 1990). Es decir, una forma de observación participante que necesariamente conlleva una mirada subjetiva, la cual, bien respaldada en una teoría y en instrumentos de observación anteriormente utilizados, aporta datos fiables y relevantes al conocimiento de un fenómeno perteneciente al ámbito de la DMT (Cohen y Manion 1990, Higgins 1993, Berrol 2000, Chaiklin 2000). Aquí, la danza movimiento terapeuta se basa en teorías psicológicas y del movimiento ampliamente respaldadas – ver capítulo Revisión de la literatura – así como en su propia mirada y descripción narrativa del proceso vivido.

Analiza el perfil de movimiento del niño y sus cambios durante el proceso con datos que obtiene de la transcripción de las sesiones y del visionado de las sesiones grabadas en vídeo. Además, es una investigación empírica, en la fase práctica de intervención en DMT y posterior recogida rigurosa de datos, así como una investigación teórica, en la fase de análisis psicológico de los cambios, basada en literatura relevante procedente de la psicología evolutiva, la psicoterapia psicodinámica y la DMT específicamente.

Cabe mencionar que en el caso de la investigación en DMT, Higgins (1993) apunta a la particular dificultad para traducir aspectos del movimiento y su significación en palabras escritas. De hecho es una dificultad que concierne a cualquier experiencia que no se conoce realmente si no es vivida (Moustakas 1990) y que nunca se puede explicar en palabras con plenitud de matices. En investigación en psicoterapia verbal se pueden transcribir las palabras de los pacientes para analizar sus cambios pero en casos en los que no hay palabras, ni símbolos siquiera, como es el que nos ocupa, todo el material de análisis es pre-verbal. La descripción de las acciones, interacciones y sobretodo, del “cómo” son y de cuál puede ser el sentir del niño que parece haber detrás de esos movimientos, será uno de los aspectos más complejos de este trabajo. El desafío es tratar de poner en palabras aquello que se ha vivido y darle forma verbal a sensaciones y experiencias del niño que sólo se pueden inferir. Personalmente, la autora parte de la base de que su mirada, percepción e interpretación tienen inevitablemente la experiencia. Sin embargo, los significados inferidos se respaldan en diversas teorías y en una observación y transcripción rigurosa de la experiencia sentida. En este sentido, la autora desea puntualizar que profesionalmente se basa en una epistemología constructivista sobre el mundo y sobre la psicoterapia en particular, entendiendo que uno construye los fenómenos de acuerdo a como está preparado para percibirlos (Feixas y Miró 1993).

4. 2. Estudio de caso: intervención en DMT

4. 2. 1. Justificación como método de investigación

La mayor parte de la investigación actual en DMT se basa en estudios de caso y, aunque sería preferible que incorporaran también aspectos cuantitativos, este tipo de

investigaciones también es útil para comprobar el impacto de la DMT en las discapacidades psiquiátricas y del desarrollo (Ritter y Low, 1996). Siguiendo a Robin Higgins (1993), se trata de evaluar el estado del fenómeno a estudiar en un inicio, estableciendo lo que este autor llama una ‘línea base’, para luego aplicar una determinada intervención y finalmente observar los cambios que se hayan podido dar en relación a la línea base. En el presente caso se observan las conductas que manifiesta el niño en las cinco primeras sesiones evaluativas, a continuación se aplican unas herramientas de intervención en DMT – que se describen más adelante – y a partir de la sesión 15 hasta la 55 se anotan los cambios en el comportamiento del pequeño dentro de la relación terapéutica. Además, se procede al análisis de la significación psicológica de dichos cambios, reflejados en la evolución del perfil de movimiento y de las interacciones con la terapeuta, en base a teorías de la psicología y la DMT relevantes para el caso.

4. 2. 2. Breve descripción de la intervención en DMT

Como se establecía en el capítulo 2 apartado 3, se parte de que Marc presenta un cuadro psicopatológico de tipo autístico y se buscan en la literatura sobre terapias creativas formas de intervención en casos de autismo. Se establece entonces una intervención terapéutica en DMT con la que se intentará ahondar en formas de entender y estimular el desarrollo psicológico de este niño. En este apartado se describen las características del *setting* y las herramientas de intervención.

Setting

El proceso de DMT tiene lugar a lo largo de un año y medio aproximadamente, en un total de 55 sesiones de 45 minutos, una vez por semana excepto en vacaciones (navidad, semana santa y dos meses en verano). Al inicio de la terapia Marc tiene casi 3 años y al término 4 años y medio. Las sesiones se dan en la sala principal de una escuela privada de danza que casualmente se encuentra cerca de la guardería de Marc y al lado de la casa de sus abuelos paternos. La sala es grande, de unos 12 metros cuadrados, tiene suelo de madera, espejo, equipo de música y bastante luz natural que llega de unas claraboyas. Cada día la terapeuta prepara la sala con diversos objetos que conformen un

espacio seguro y de características constantes para el niño: una alfombra azul en el centro; un par de colchonetas grandes de espuma, una de las cuales se instala en forma de túnel; cintas y pañuelos de varios colores y texturas; una tela elástica grande atada a una barra para explorar conceptos de ‘dentro’ y ‘fuera’, ver si se esconde o si quiere que se le siga; pelotas de varios tamaños; globos; muñecos de peluche y diversos instrumentos sencillos de percusión – un tambor, un cascabel y unos palos musicales.

Se trata pues de ofrecer un espacio donde Marc encuentre objetos que le puedan interesar y tenga la posibilidad de explorarlos como quiera sin peligro de hacerse daño. Se ha establecido un *setting* regular pero a lo largo del proceso se han introducido pequeños cambios en función de la evolución del niño. Por ejemplo, los dos primeros días se deja que los padres entren a la sala con el niño pero en cuanto se observa que no le cuesta separarse de ellos se establece que éstos se despidan en la entrada del local. De esta manera, él y la terapeuta hacen solos el ritual de comienzo y final de sesión: retirar y ponerse los zapatos antes y después de estar en la sala. Así mismo, al principio los objetos se dejan esparcidos por la sala toda la sesión ya que Marc no suele explorar objetos si no se encuentran a la vista. Al final del primer año de proceso, al observar que el niño tiene consolidada la constancia de objeto, se guardan en la caja algunos de los objetos que conoce para que desarrolle su capacidad de buscar activamente lo que le interesa. Al empezar la sesión se le indica dónde se encuentran y si los utiliza se le ayuda a guardarlos de nuevo en la caja al terminar. También se han ido aportando algunos elementos nuevos a medida que se desarrolla la relación intentando que tenga nuevos espacios y elementos de estimulación para crear. Así por ejemplo, se han añadido unos bolos que puede tirar o poner de pie, un plástico con grandes puntos de colores o un palo de piscina que recuerda a la muleta de su padre – la cual se ha observado que le gusta arrastrar. Por último cabe decir que, dado que se sabe que le gusta mucho la música, se tiene siempre disponible un disco con canciones infantiles que conoce. En general se espera a ponerlas solo cuando el niño parece pedir música al acercarse al aparato pero, en todo caso, se elige anunciar el final de la sesión siempre con diez minutos de antelación y poniendo la misma canción que se repite tres veces¹⁰. Más allá de la forma de empezar y terminar las sesiones que establece la terapeuta el contenido de la sesión viene dado por las acciones que inicia el niño.

¹⁰ Se trata de una canción popular breve y sencilla sobre el esquema corporal: “El Joan petit quan balla”.

4. 2. 3. Actitud terapéutica y herramientas de intervención

Actitud terapéutica

Dado que se trata de una primera experiencia de relación con un niño con rasgos autísticos, la primera preocupación de la terapeuta es básicamente la de tratar de entrar en el mundo del pequeño. Al principio se pretende solamente observar qué objetos y acciones le interesan y qué relación puede establecer con la terapeuta. Para poder evaluar estos aspectos, durante las primeras cinco sesiones la terapeuta se limita a observar y apenas interviene.

Más adelante se empieza a intervenir de forma más específica con herramientas adaptadas a la DMT que se describen unos párrafos más adelante. Antes, sin embargo, cabe destacar un aspecto general de la intervención en DMT con el cual este espacio se distingue de otros contextos en los que Marc recibe algún tipo de ayuda. Las sesiones de DMT constituyen el único contexto en el que Marc es el que decide en todo momento qué hace y en el que se encuentra sólo con una terapeuta, sin los padres. Durante los 45 minutos de sesión, los únicos límites impuestos a sus impulsos o deseos son para evitar que se haga daño a sí mismo o que dañe el material disponible y para mantener el horario establecido. La actitud terapéutica consiste en seguirle y acompañarle en sus acciones, sin darle pautas para ‘hacerle hacer’ algo ni impedirle que haga sus movimientos repetitivos – como ocurre en sus entornos habituales – si éstos no son autolesivos. Parteli (1995) describe esta actitud en las siguientes palabras¹¹:

En Danza Movimiento Terapia las acciones repetitivas y las distorsiones motrices típicas de los niños autistas y psicóticos son aceptadas y escuchadas como formas de comunicación, aunque sin intención e inconscientes. (p. 246)

De esta manera, siguiendo con dicha autora, en las sesiones de DMT se procura crear un ambiente donde el paciente puede existir por sí mismo, ser aceptado y escuchado tal como es con su patología, lo cual supone ofrecerle, en el ‘aquí y ahora’ de la relación terapéutica, una experiencia de características similares a las del cuidado temprano que da una madre y el entorno. Este tipo de experiencias son las que necesita un niño autista (según Tustin 1981) y Marc se beneficiará de ellas en la medida en que su enfermedad le lleva a comportamientos y estados de tipo autístico.

¹¹ Traducción de la autora de la investigación.

Se adopta pues un enfoque no directivo, no focalizado en la reeducación ni la manipulación, con un lenguaje tanto verbal como no verbal que trata de dar sentido y poner palabras a los afectos del niño así como reforzar su capacidad de establecer pequeñas comunicaciones. En este sentido se ha tenido en cuenta la idea del biólogo Humberto Maturana y que retoma la educadora y psicóloga Rebeca Wild (1999) de que los seres humanos, como seres vivos, son autopoyéticos y desarrollan su propio potencial dentro de un ambiente socio-emocional seguro. Así por ejemplo, la psicoterapeuta en DMT no le enseña a repetir conductas convencionales de interacción social como saludar con la mano al entrar o salir, ni espera a que él lo haga para devolverle una sonrisa de aprobación. Estos aspectos educativos son los que trabajará la escuela junto con los padres. Desde la DMT se focaliza en los aspectos psicológicos, evolutivos y de expresión emocional.

Herramientas de intervención

Una de las funciones de la danza movimiento terapeuta es entrar en contacto con el estilo personal y expresivo de movimiento del niño, tratando de entenderlo a través de una escucha empática, cinética y estética (Parteli, 1995). Según la hipótesis presentada en este trabajo, se trata de que el proceso de DMT enfatice el reflejo del movimiento y de los estados afectivos internos del niño para ayudarlo a avanzar en su desarrollo psíquico. Así pues, en el proceso de intervención se han utilizado técnicas derivadas de la DMT en las que el movimiento es una herramienta esencial para conocer y reflejar empáticamente los afectos del niño. Algunas son formas de entrar en relación con el niño que derivan de los estudios de Stern (1983, 1991) y Winnicott (1972, 1975, 1998) sobre las interacciones espontáneas entre madre y bebé. Otras se basan en la literatura revisada en el capítulo 2 entorno a la aplicación de la DMT con trastornos autísticos (Siegel 1984, Tustin 1988, Payne 1992, Stanton Jones 1992, Erfer 1995, Loman 1995, Parteli 1995, Dunachie 2000).

Aunque es difícil describir cada tipo de intervención de la psicoterapeuta como una conducta discreta, separada del constante fluir de interacciones entre ella y el paciente, la autora distingue las que se describen a continuación. Se detiene con más detalle en las tres últimas ya que constituyen las herramientas más específicas de la presente intervención en DMT.

- **Reflejar verbalmente:** se intenta dar sentido al mundo de comportamientos del niño mediante la descripción verbal de la mayoría de cosas que va haciendo. Se le va diciendo o cantando su nombre varias veces a lo largo de la sesión o se le reafirma “Éste es Marc” cada vez que se mira al espejo. La terapeuta señala las partes del cuerpo del niño y las del suyo propio, distinguiéndolas entre sí “Esta es la mano de Marc. ¿Dónde está la mano de Marc? Esta es la mano de Teresa”, para que el niño aprenda a identificar los límites de su cuerpo y de sí mismo (Siegel 1984; Stern 1991; Loman 1995). Se enfatizan las pautas temporales y espaciales “Ahora Marc se levanta; ahora Teresa se levanta. Ahora Marc se sienta”, verbalizando así una estructura mental que el niño por sí mismo no puede construir todavía (Siegel 1984; Tustin 1988).
- **Interpretaciones:** otras veces la terapeuta traduce en palabras el posible significado psicológico que, según ella interpreta en el contexto de la relación, puede estar contenido en una conducta aparente (Siegel 1984). Por ejemplo, “Marc lleva un rato sentado delante de la puerta, quizá quiere terminar la sesión”; o bien, en una ocasión en que Marc pasa un largo rato rebotando sobre sí mismo, sentado de rodillas y emitiendo sonidos, la terapeuta va cantando al mismo ritmo que él rebota: “Yo soy Marc; yo soy Marc, aquí rebotando, sintiendo mi cuerpo, yo soy Marc..”.
- **Complementar:** una gran parte de las intervenciones de la terapeuta consisten en responder a las conductas del niño complementando lo que éste parece iniciar: si va hacia el aparato de música, se le responde poniendo música; si va debajo del túnel, se para, se gira mirando a la terapeuta y se queda como esperándola – lo cual se puede entender como una invitación a que juegue con él –, la terapeuta le sigue hacia el túnel. Se intenta completar lo que él inicia aunque su intención al iniciar no sea necesariamente interactuar (Siegel 1984; Erfer 1995; Parteli 1995). Cabe decir que la terapeuta se da cuenta que durante un tiempo ha abusado de esta tendencia a intentar que el niño interactúe con ella, en lo que Stern (1991) consideraría un ‘sobreentonamiento’. Esto le sucede sobretodo en el segundo tercio del proceso, al empezar a notar que Marc parecía más despierto y respondía más a los estímulos. La terapeuta tomaba

posiblemente una actitud parecida a la de una madre que “está tan sobre identificada con su hijo que parece querer deslizarse dentro de cada una de las experiencias del niño” (Stern, 1991, p. 265).

- **Hacer de espejo en movimiento**¹²: reflejar empáticamente el movimiento, repitiendo una acción o un aspecto de ésta, a veces simultáneamente y a veces de forma consecutiva. Se trata de un tipo de imitación cuya intención es empatizar con el paciente a través del movimiento, no conseguir repetir la conducta exacta. De acuerdo con Marian Chace (en Stanton Jones 1992), al reflejar el sentir del paciente moviéndose como éste, la terapeuta en DM empatiza con él y le hace saber, sin palabras, que está con él, le escucha y le entiende. Siguiendo a Loman (1995), en ocasiones se trata de reflejar el patrón de tensión y relajación muscular que contiene el movimiento del paciente. En el caso de Marc, este tipo de imitación a menudo no da lugar a ninguna reacción por su parte pero quizá perciba el mensaje de que la terapeuta está a su lado, moviéndose – y conmoviéndose (Meekums, 2002) – con él, acompañándole en lo que siente o le interesa. En ocasiones, la terapeuta reproduce acciones que el niño ha repetido varias veces en sesiones anteriores, para ver si de alguna manera le resultan significativas. Por ejemplo, la terapeuta se pone a cuatro patas mirando con la cabeza entre las piernas – como hacía Marc largo rato en la sesión anterior – y espera a ver si Marc repite a su vez dicha acción. Si es así, la terapeuta verbaliza “ahora Teresa se pone a cuatro patas y mira a Marc; ahora Marc se pone a cuatro patas..”. Cuando esto sucede, Marc estaría identificándose con la terapeuta y creando la posibilidad de compartir una interacción con ella, estableciendo turnos como en una suerte de conversación (Mahler 1975; Winnicott 1972; Stern 1991). Además, siguiendo a Piaget, con ello se quiere saber si el niño puede emitir una “reproducción (o imitación) [...] guiada por el ‘gráfico’ de la representación interna [...] de las conductas observadas” (en Stern 1991, p. 178). Es decir, se trata de ayudarle a rememorar todo un esquema de experiencia somático-motriz y relacional con el que reforzar su memoria,

¹² En inglés *mirroring* (Stanton Jones 1992, Payne 1992, Meekums 2002, entre otros).

su sentido de agencia y de continuidad, o su capacidad de vinculación con la terapeuta (Stern 1991).

- **Amplificar y variar el movimiento:** siguiendo, entre otros, a Siegel (1984), Meekums (1992), Erfer (1995) o Parteli (1995), se parte de la aceptación y el reflejo de las cualidades de los movimientos del niño para entonces desarrollarlos y amplificarlos y así sacar a la luz la intención que hay bajo los movimientos y el mundo emocional e imaginativo que contienen (Parteli 1995). Así, por ejemplo la terapeuta se pone al lado de Marc, pegada al espejo como él, y amplifica los sonidos que éste emite en ese momento. A través de sus vocalizaciones el niño está entrando en contacto con sus límites corporales y su capacidad de vibrar y la amplificación de la terapeuta le invita a amplificar y desarrollar a su vez las sensaciones que está experimentando. A menudo, la terapeuta acompaña al niño en sus movimientos repetitivos – con los que hace girar una cinta o un pañuelo – pero ampliando la kinesfera de dichos movimientos, o variando el flujo, el peso, el ritmo o los planos, por ejemplo. Y siempre en base a las variaciones y ampliaciones que él mismo ya va haciendo efímeramente sin darse cuenta. Luego el juego pasa a ser con otra cinta, o con un pañuelo, o dos pañuelos, o mirándose el uno al otro a través del espejo o directamente, etc. Es decir, que se varían las coreografías (Parteli 1995) que los movimientos de paciente y terapeuta van conformando, saliendo de la pura repetición y estereotipia y pasando unos instantes por cierta creatividad.
- **Entonamiento afectivo mediante el apareamiento transmodal**¹³: términos que utiliza Stern (1991) para referirse a conductas de la madre que aparean¹⁴ estados afectivos internos del bebé – de entre 9 y 15 meses, que ya desarrolla el sí-mismo subjetivo. Dichas conductas de la madre son reflejos en los que “no hay una traducción fiel de la conducta abierta del infante, pero sí alguna forma de apareamiento. [...] El canal o la modalidad de la expresión utilizados por la madre para reflejar la

¹³ Del inglés *affect attunement* (entonamiento afectivo) y *cross-modal matching* (apareamiento transmodal), traducidos así en castellano en Stern 1991.

¹⁴ Del inglés *match/matching*, traducido en Stern 1991 como ‘aparear/apareamiento’, pero que la autora también traduciría aquí por “conductas de la madre que ‘se corresponden con’ estados afectivos..”.

conducta del bebé son diferentes [de los] empleados por el propio infante [y] el objeto del apareamiento [es] algún aspecto de esa conducta que refleja su estado emocional” (Stern 1991, p. 177). Una de las principales tareas del niño en esta etapa es darse cuenta de que tiene afectos propios y de que los demás también los tienen y el entonamiento afectivo permite que desarrolle esta capacidad (Stern 1991). Por lo tanto, para la terapeuta el objetivo principal de esta herramienta es estimular la capacidad del niño para captar e interesarse por la experiencia de estar compartiendo un estado afectivo con otra persona, capacidad que en el caso de Marc apenas está desarrollada. En cualquier conducta aparente hay tres tipos de características que se pueden aparear transmodalmente, reflejando empáticamente el estado interno correspondiente: a) la intensidad de la conducta – tanto en sí misma como en la forma que toman los cambios de intensidad –; b) la pauta temporal – la pulsación, el ritmo y la duración – y c) la pauta espacial (Stern 1991, p.182). Así por ejemplo, la terapeuta utilizará el canal de su voz – modalidad auditiva – para reflejar la intensidad o el ritmo de los movimientos de Marc – modalidad visual – y así empatizará con distintos estados afectivos del pequeño. Si éste parece conectar con cierto estado de sedación por medio de un ritmo de repetición constante cuando le da vueltas a la cinta elástica, la terapeuta tratará de corresponder con el tono y el ritmo de su voz a dicha sedación. Si cuando corre más deprisa al ver que se le sigue el niño parece experimentar una excitación repentina de tono alegre, la terapeuta podrá quizá utilizar la voz de forma aguda y alegre así como las palmas en aceleración repentina, reflejando así la experiencia afectiva de Marc. De hecho, parte de la función de este reflejo es ofrecerle formas más variadas de expresarse de las que él suele usar – Marc utiliza muy poco su voz – además de proporcionarle un espejo en el que percatarse de sus propias emociones, aspecto que también tiene poco desarrollado. Para cerrar el ciclo de la experiencia intersubjetiva que supone el entonamiento afectivo mediante el apareamiento transmodal se deben dar tres condiciones: el adulto debe poder leer el estado afectivo que está detrás de la conducta abierta del infante, ejecutar una conducta que no sea una mera imitación formal sino que se corresponda de alguna manera

con dicho estado, y por su parte el pequeño tiene que poder leer la conducta correspondiente del adulto como relacionada con su experiencia interna (Stern 1991, p. 173-174). En nuestro caso concreto, se espera pues que Marc se dé cuenta que la conducta de la terapeuta tiene que ver con su propia experiencia emocional original y que lo exprese mediante una mirada o una sonrisa hacia la terapeuta. Con ello el pequeño estaría expresando algo así como por ejemplo: “He visto que aceleras la voz y las palmas cuando acelero al caminar y las paras cuando yo paro, y sonrío porque siento que estás conmigo en este acelerar y parar, siento que estamos en algo juntos”. Teniendo en cuenta su tendencia a los comportamientos autísticos, una expresión así sería señal de un avance psicológico para él.

4. 3. Herramientas de observación y análisis

En la segunda fase del estudio, después de la intervención con el proceso de DMT y de acuerdo con la literatura revisada en el capítulo 2, se recogen y analizan datos acerca de las características del movimiento del niño y de su desarrollo psicológico. Como ya se ha comentado, los comportamientos que constituyen el material de estudio se extraen de la transcripción de las sesiones y de los vídeos grabados. El instrumento de observación y análisis del movimiento es el perfil de movimiento y su evolución de acuerdo a los ejes estudiados por Rudolf Laban (1987) y los ritmos desarrollados por Judit Kestenberg (1995). Su utilización en DMT se ha descrito en el apartado de la revisión de la literatura. La otra herramienta de trabajo es el análisis cualitativo de los cambios en el perfil de movimiento del niño así como en su forma de interactuar con la terapeuta. Dicho análisis se realiza en base a las teorías sobre el significado psicológico del movimiento de acuerdo con Rudolf Laban (1987) y Judit Kestenberg (1995), así como a las teorías de las relaciones objetales según Winnicott (1972, 1975, 1998) y del desarrollo del sí-mismo según Stern (1991). Con ello se intenta evaluar la evolución del desarrollo psicológico de Marc a lo largo del proceso de DMT.

CAPITULO 5: RESULTADOS

En este capítulo se describen y analizan los resultados del estudio. Por un lado se da cuenta del comportamiento inicial del niño durante las cinco primeras sesiones y se resumen en un cuadro comparativo los cambios en su perfil de movimiento a lo largo de las sesiones 15 a 50. Por otro, se retoman algunos de los cambios más destacables y se analiza su importancia dentro del desarrollo psicológico de Marc en función de las diversas teorías revisadas.

5. 1. Primeras observaciones: línea base

Desde el principio se constata que aunque el niño parece ‘sano’ físicamente, se muestra bastante despierto y tiene varias capacidades motrices, también padece frecuentes y terribles convulsiones que le agotan, le desorientan y le asustan en extremo. La terapeuta es testigo de ellas desde las primeras sesiones y no tiene palabras para describir la angustia y la impotencia que debe suponer para el niño ser sacudido por estas crisis epilépticas. Algunas de ellas son tan intensas que el niño grita de pánico – y quizá de dolor –, se queda completamente rígido, petrificado y ahogado por espasmos que tienen lugar durante segundos interminables. Aun así, él se levanta y trata de seguir con lo que estaba haciendo como si no tuviera memoria corporal ni emocional de lo vivido. Alguna vez una crisis le ha dejado agotado durante el resto de la sesión. En los momentos libres de ataques, se ve un Marc algo activo, que mira un poco a su alrededor y coge algún objeto.

Como ya se ha argumentado en el capítulo 2 apartado 3, se puede considerar que Marc presenta comportamientos autísticos aunque en un grado moderado. Por un lado, dos actividades ocupan gran parte del tiempo de las primeras sesiones: dibuja grandes círculos sobre la alfombra con un caminar balanceado y de puntillas, manteniendo la mirada abstracta, ignorando su entorno de alguna manera y aleteando los brazos; o ejecuta movimientos repetitivos durante varios minutos seguidos como darle vueltas a una cinta o un calcetín – conducta que repite a diario en cualquier entorno. Por otro lado, de vez en cuando tolera la mirada directa con la terapeuta y puede estar cerca de

ella o sentado frente a la misma mientras manipula un objeto. A veces la observa unos instantes mientras ésta se mueve y le habla o le ofrece algún objeto. De alguna manera, la terapeuta tiene la sensación de que al niño le gusta la cercanía de las personas que le son familiares. De hecho constata mucho contacto físico entre el niño y sus padres siempre que éstos le acompañan a sesión.

En resumen, los aspectos generales del comportamiento de Marc en las sesiones iniciales son los siguientes:

- Se expresa en aspectos básicos: usa su mirada, ofreciéndola y retirándola al ver a su terapeuta; su actitud corporal, agitándose un poco si se enfada o si quiere salir de la sala; y su expresión facial, básicamente a través de la sonrisa y algunas muecas que parecen más aleatorias.
- Presenta falta de comunicación verbal y un gran déficit en la comunicación no verbal. No parece haber desarrollado capacidad de representación acerca del hecho de que hay signos, gestos o palabras que él podría hacer y que indicarían a otros lo que quiere. Cierta capacidad de simbolización emerge sin embargo en el área de la comprensión. A veces responde, y por tanto parece comprenderlas, a algunas palabras referidas a secuencias que se repiten a diario. Sin embargo, no responde directamente a casi ninguna de las propuestas verbales de la terapeuta. Por ejemplo: no se gira cuando se dice su nombre, ni mira los objetos que se le ofrecen para que los coja. Cognitivamente, es difícil apreciar cuándo se trata de que falla el nivel de comprensión y cuándo es un problema de ejecución. Por supuesto, el nivel de confianza en la relación con la terapeuta está muy poco desarrollado al principio y esto influye en la poca responsividad, ya que con los padres da muestras de comprender algunas consignas habituales.
- No pide algo que desea ni expresa sus afectos con la voz aunque sí consigue manifestar frustración o enfado con algún grito o llanto – sin embargo se hace difícil saber qué quiere. Tampoco indica con el dedo ni tira de la mano de la terapeuta para conseguir algo, aunque sí utiliza el cuerpo y la mirada poniéndose cerca del aparato de música o de la puerta para indicar, seguramente, que quiere escuchar música o entrar/salir de la sala. No imita inmediatamente ninguno de los gestos que ve hacer, ni parece muy interesado en que se le imite. Sin embargo, cuando se repite varias veces un gesto suyo puede participar unos instantes en una secuencia de repetición consecutiva – ahora él, ahora la

terapeuta – de dicho gesto. Por ejemplo, si golpea en el suelo con una mano, la terapeuta golpea despacio con la suya dos o tres veces esperando que él lo repita a su vez; él se suma a la repetición del gesto, con pausas para mirar a la terapeuta – durante las cuales ella trata de repetir el gesto aunque el niño no establezca turnos –, y así el niño mantiene la repetición unos segundos a un ritmo aleatorio. Luego, abandona la secuencia de repente con una mirada absorta.

- En comparación con su retraso psicológico, sorprenden sus habilidades motrices¹⁵: camina, va a cuatro patas, alcanza y manipula objetos – solo de forma grosera –, mueve brazos y cabeza con facilidad, sube y baja despacio algún escalón.
- No emite ningún sonido durante las sesiones, excepto cuando sufre un fuerte ataque epiléptico. Suele tener la boca abierta y la lengua fuera, sin mucho control sobre el babeo.
- Tiene interés por la presentación de la cara, por establecer una mirada breve con una sonrisa, aunque suele retirarse rápidamente de éstas situaciones girando la cabeza o alejándose. De vez en cuando, busca un instante la mirada de la terapeuta – utilizando a veces una mirada que resulta penetrante – pero proporcionalmente pasa gran parte de la sesión sin tenerla en su campo de visión ni mirarla directamente, o sin poner ningún interés en mirar su entorno.
- Apenas interactúa con ningún objeto, solamente una cinta de colores o su calcetín. No va a buscar los objetos generalmente pero acepta de vez en cuando alguno que se le presenta. Si en alguna ocasión se acerca él mismo a tomar un objeto no lo mira mientras lo coge, ladea la cabeza y parece tener el objeto a la vista solo de reojo. No parece poder mantener la atención en ninguna actividad más de unos segundos – tocando una pelota o un globo – si no se trata de alguna estereotipia. Pasa sin transición de un estado absorto de deambulación a las estereotipias, con muchas pausas en las que para la terapeuta parece estar ‘fuera’ del tiempo y el espacio, lejos del ‘aquí y ahora’. Cuando detiene el caminar, a veces elige estar cerca del espejo o sentado en el lugar de la sala donde están algunos objetos que la terapeuta le presenta.

¹⁵ De hecho, éste es el caso de la mayoría de los niños con Esclerosis Tuberosa, según un estudio con 88 niños llevado a cabo por Ann Hunt (2000, en web [www.esclerosistuberosa.com]).

- No presenta permanencia de objeto: no se da cuenta de si le cae un objeto, no lo va a buscar si desaparece tras otro objeto, tropieza con objetos que están a su paso, llora si su terapeuta desaparece un instante de su campo visual.

5. 2. Observaciones de cambio y análisis del desarrollo evolutivo

5. 2. 1. Cambios en el perfil de movimiento

Los cambios que han aparecido a lo largo del proceso de DMT en el perfil de movimiento de Marc se resumen en los cuadros ‘Evolución del perfil de movimiento’ I y II que se encuentran en las páginas siguientes. Dichos cuadros se han elaborado de acuerdo con las teorías de observación y análisis del movimiento de Rudolf Laban (1989) y Judith Kestenberg (1999).

EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE MOVIMIENTO I

	Observaciones en las primeras 5 sesiones		Observaciones entre la sesión 15 y la 32
<u>CUERPO</u>		<u>CUERPO</u>	
Forma y aspecto físico	Alto y delgado; cuerpo bien desarrollado, aspecto saludable; rubio con ojos claros y expresión dulce en la cara. Piernas muy delgaditas y débiles en relación al resto del cuerpo.	Forma y aspecto físico	Sigue crecimiento global normal: crece en altura, se estiran las extremidades y adquiere mayor tono muscular; se le ve más mayor en la cara y la cabeza ya no es tan grande en proporción al resto del cuerpo.
Lateralidad y coordinación	Caminar homolateral; gateo heterolateral. No hay relación entre los dos lados del cuerpo, ni entre la parte superior e inferior. Poca diferenciación entre partes del cuerpo pero bastante coordinación en extremidades superiores.	Lateralidad y coordinación	Poco balanceo de extremidades superiores al caminar, pero cierto acercamiento al caminar heterolateral; aparición del correr, homolateral e inestable. Alguna relación entre lados del cuerpo, cruzando un brazo o haciendo alguna torsión. Cierta mejora en la coordinación, tanto en motricidad fina como en motricidad global.
Iniciación del movimiento	Con las manos para alcanzar, o con la boca para tocar, pero inclinando o avanzando todo el tronco en bloque. Alguna vez los pies golpean en el suelo.	Iniciación del movimiento	No se observan cambios significativos, aunque el tronco ya no se mueve tan en bloque.
Simetría / asimetría	Preferencia por movimientos estereotipados simétricos (aleteo de brazos, sacudir una cinta) y asimétricos (sacudir la cinta con el antebrazo derecho).	Simetría / asimetría	Más variabilidad en sus movimientos simétricos y asimétricos: explora alternativamente con un brazo u otro, usando ambos cuando lo desea, así como con los dos pies.
Splits	No se observan.	Splits	No se observan.
Integración y conciencia corporal	Falta de integración y conciencia corporal.	Integración y conciencia corporal	Breves momentos de inicio de conciencia (pone cierta atención) de manos, boca, pies; mucha exploración de sí mismo en el espejo. Empieza el interés por la propia voz, la emisión de sonidos distintos.
Grounding	Poco; pies siempre de puntillas, frecuente desequilibrio.	Grounding	Se va desarrollando, pies más en contacto con el suelo.

EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE MOVIMIENTO I

	Observaciones en las primeras 5 sesiones		Observaciones entre la sesión 15 y la 32
<u>ESPACIO</u>		<u>ESPACIO</u>	
Kinesfera	Reducida. Acciones cerca de sí con manos, antebrazos y boca. Aunque a veces acepta el espacio cercano con la terapeuta, generalmente se mantiene a distancia.	Kinesfera	Agranda su kinesfera; alcanza más lejos; sus movimientos dibujan más ampliamente en el aire – incluidas las estereotipias con cinta. Espacio interpersonal más cercano
General	Observa el espacio global, hacia arriba y alrededor; deambulación en círculos por la alfombra; sus interacciones se dan en espacios determinados.	General	Mayor exploración y desplazamiento, incluso momentos de “estrés” espacial; busca objetos o inicia acciones en puntos más diversos del espacio.
Niveles, ejes y planos	Preferencia nivel bajo o alto – dicotomía -; no se observa eje ni plano preferentes.	Niveles, ejes y planos	Presencia de los tres niveles, con transiciones frecuentes de uno a otro; exploración del eje vertical. Aparición del plano sagital en el juego para que se le pille.
<u>DINÁMICAS</u>	Se observan algunas pero muy poco desarrolladas, poco polarizadas. Imagen más típica: caminar en círculo con peso muy ligero de puntillas y con antebrazos contraídos, mirada sin foco; apenas manipular objetos (poco tiempo seguido y sin intención).	<u>DINÁMICAS</u>	Van apareciendo todas ellas con sus polaridades, excepto la de tiempo. Tocando el tambor o golpeando con las manos, o arrastrando un palo pesado se ven más claramente la graduación del flujo, el espacio más directo y el peso algo más firme.
Flujo	Preferencia por flujo conducido en extremidades Poca diferenciación entre flujo libre y conducido; momentos en que parece “no estar aquí y ahora”, casi sin respiración, sin flujo observable claro.	Flujo	Aparece un poco de flujo libre en articulaciones. Varios “ensayos” de retener-soltar: rebotar sobre su eje, correr dos pasos y parar, estirar y soltar la cinta elástica con las dos manos.
Espacio	Poco definido. Preferencia: polo indirecto.	Espacio	Aparición de un espacio más directo.
Peso	Sin actitud hacia el peso, estancado en polo ligero.	Peso	Gradualmente más presencia de peso firme.
Tiempo	Sin actitud hacia el tiempo, estancado en polo sostenido.	Tiempo	Aparición de algunas acciones súbitas; inicio de correr y frenar. Pero no decide ni anticipa claramente en su relación con objetos, no se sabe bien cuándo empieza o acaba una acción.

EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE MOVIMIENTO I

	Observaciones en las primeras 5 sesiones		Observaciones entre la sesión 15 y la 32
<u>ACCIONES</u>	Muy centradas en la obtención de estimulación sensorial: manipulación de objetos para emitir ruidos, explorarlos táctil y bucalmente, observar su movimiento. Implican básicamente la mitad superior del cuerpo. Recorridos andando en círculo. Estereotipias: aleteo de brazos; breves sacudidas tensionales de todo el cuerpo que no son crisis.	<u>ACCIONES</u>	Implican más la totalidad del cuerpo: subir y bajar a cuatro patas – a veces con la cabeza boca abajo –, caminar sobre rodillas, entrar y salir del túnel, intentos de saltar, rebotar sobre su eje sentado, caminar, correr, mover distintos objetos en sacudidas o círculos, lanzar o chutar la pelota alguna vez. Prácticamente desaparece el aleteo de brazos.
<u>RELACIONES</u>		<u>RELACIONES</u>	
Contacto físico	Existe contacto con su propio cuerpo pero de forma “casual”, sin límites corporales claros ni intención. Parece gozar del contacto con el propio cuerpo pasándose la cinta por la cara, cabeza y espalda, o acercándose a su boca en el espejo. Tolera que la terapeuta haga contacto físico con él, aunque en ese momento suele dejarse en peso pasivo. Nunca inicia él el contacto físico con la terapeuta.	Contacto físico	Aparece cierta noción de límite corporal (evita objetos que se encuentran a su paso en el suelo, “rueda” su cuerpo contra el espejo) y más intención en el autocontacto (se toca la boca para emitir sonidos o entra en contacto con su cara a través del espejo). Acepta el contacto iniciado por la terapeuta, sin cambios en el tono muscular; a veces utiliza tensión para retirar intencionadamente su mano o rechazar alguna propuesta. Empieza a iniciar contacto físico con la terapeuta, primero muy tímidamente, después con espacio más directo y el peso más firme. Indica hacia la barriga de la terapeuta y se acerca a tocarla con la cara – señal de confianza según los padres.
Mirada	Evitativa con la terapeuta, a veces traspasándola con la mirada. Suele mirar de reojo los objetos al cogerlos o con una mirada periférica. No tiene en cuenta los objetos que no se encuentran en su campo visual.	Mirada	Presencia de mirada coordinada con la cabeza, busca o mantiene más los objetos en su campo de visión. Mirada más prolongada con terapeuta; sigue por unos instantes el pasaje de turnos “ahora tú ahora yo”.

EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE MOVIMIENTO I

	Observaciones en las primeras 5 sesiones		Observaciones entre la sesión 15 y la 32
Actitud hacia objetos y terapeuta	Generalmente activo y algo explorador aunque suele ir a buscar los mismos objetos – cinta, espejo y bolos – y los manipula sin intención ni función aparente. No incluye a la terapeuta en la interacción con los objetos – casi da la impresión de no darse cuenta de que ella está ahí. Objeto preferente: una pequeña cinta elástica de lana suave, de colores, a la que da vueltas durante varios minutos seguidos a lo largo de toda la sesión. Deja de interactuar con objetos en cuanto quedan fuera de su vista o se le caen.	Actitud hacia objetos y terapeuta	Se amplía la gama de objetos con los que interactúa. La cinta sigue siendo su objeto preferido pero ya no parece interesante sólo para darle vueltas ni durante tanto tiempo. Puede moverla de diferentes formas con una o dos manos y parar su movimiento estirándola. A veces la mueve y espera que la terapeuta también juegue con otra cinta a su vez. Interactúa más en relación a la terapeuta: tanto en coordinación – acciones juntos que inicia cada vez más –, como separándose claramente de ella – da la espalda, se gira o se aleja. Busca con más constancia los objetos que manipula y desaparecen de su vista para volver a cogerlos.
Contacto social	Muy bueno: responde con sonrisas y mirada aunque, con la terapeuta, las retira rápidamente. Todos los que le rodean dicen “se hace querer”. Se pega mucho a la madre antes de explorar la sala; llora mucho las primeras veces que la madre no está en la sala. Parece querer terminar la sesión y volver con sus padres ya que se sienta a esperar delante de la puerta bastante antes que termine la sesión.	Contacto social	Sigue muy sociable. También aparece algún “no” no-verbal. Fuera de las sesiones aparece más agitación motriz para mostrar enfado. No le cuesta despedirse del padre o la madre antes de entrar en la sala; no llora ni va a sentarse delante de la puerta durante la sesión. Al final de algunas sesiones da muestras de no querer terminar pero en general acepta fácilmente el final cogiendo la mano que se le ofrece para ir hacia la puerta.
<u>RITMOS DE KESTENBERG Y TEMAS DESTACABLES EN MOVIMIENTO</u>	Ritmo oral libidinal (balanceo al caminar) y oral sádico (dar golpecitos, morder, apretar). Temas: explora tímidamente objetos, observa su alrededor, llora (por ausencia de la madre), sale de la sala o se sienta cerca de la puerta para terminar la sesión, inicia relación consigo en el espejo, mueve y gira la cinta.	<u>RITMOS DE KESTENBERG Y TEMAS DESTACABLES EN MOVIMIENTO</u>	Permanece la preferencia del ritmo oral sádico, y aparecen indicios del anal libidinal (breves torsiones, cruce heterolateral de brazos al girar cinta). Temas: mucha autorelación en el espejo, desplazamientos, emite sonidos y explora el sonido de objetos, rebota sobre su eje, busca contacto físico, arrastra y lleva objetos consigo.

EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE MOVIMIENTO II

	Observaciones de la sesión 33 a la 50
<u>CUERPO</u>	
Forma y aspecto físico	Sigue crecimiento global normal adquiriendo mayor envergadura, buen tono muscular y estructura proporcionada de las extremidades (ya no son tan débiles las piernas en relación al resto del cuerpo). Resto sin cambios destacables.
Lateralidad y coordinación	Caminar heterolateral más claro; el correr es más estable. Más relación entre los dos lados del cuerpo: utiliza de vez en cuando las dos manos a la vez (al abrir la puerta; jugando con un pañuelo en cada mano), sigue cruzando un brazo y otro ante el torso, siguen las torsiones. Mayor coordinación en general.
Iniciación del movimiento	Inicia con más partes diferenciadas del cuerpo: manos, pies, cabeza, tronco.
Simetría / asimetría	Sigue presente una mayor variabilidad en los movimientos simétricos y asimétricos con las extremidades.
Splits	No se observan.
Integración y conciencia corporal	Partes del cuerpo más integradas en una misma acción. Se afina la conciencia corporal: estira el belcro del zapato para abrirlo; se quita la chaqueta casi solo; agacha la cabeza al pasar bajo el túnel, no choca ni tropieza con objetos.
Grounding	Se va consolidando: coloca toda la planta del pie en el suelo más a menudo, golpea con los pies al suelo, salta sobre ellos, aunque sigue presente de vez en cuando el caminar de puntillas en peso ligero.
<u>ESPACIO</u>	
Kinesfera	Sin cambios destacables.
General	Atraviesa el espacio en paseos lineales o circulares, a menudo de forma directa para interactuar con objetos en lugares concretos, pero siempre muy en relación a mantener cerca o a la vista a la terapeuta.
Niveles, ejes y planos	Presencia de los tres niveles, con preferencia por el medio-alto; mayor exploración del eje vertical (más saltos, rebotes) y consolidación del eje sagital como preferente.

EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE MOVIMIENTO II

	Observaciones de la sesión 33 a la 50
<u>DINÁMICAS</u>	Mayor graduación en la actitud hacia el flujo, el peso y el espacio; primeras aproximaciones hacia el tiempo.
Flujo	Sigue presente la posibilidad de entrar en flujo libre (incluso tolerando cierto <i>moulding</i> con terapeuta) aunque continúa destacando el flujo más bien contenido.
Espacio	Mayor capacidad para usar el espacio directo pero no se observa preferencia clara por una polaridad.
Peso	Sigue desarrollándose el peso firme pero la preferencia es de peso ligero.
Tiempo	Aparece cierta actitud hacia el tiempo: explora la posibilidad de tiempo súbito al retenerse antes de lanzar una pelota y de vez en cuando cambia claramente de una actividad a otra, pero la preferencia sigue siendo de tiempo sostenido.
<u>ACCIONES</u>	Siguen implicando más la totalidad del cuerpo; juega a mover las extremidades en distintas direcciones sin entrar siempre en estereotipias repetitivas. Desaparece el aleteo de brazos. Aparece el juego de lanzar la pelota y esperar a recibirla, a menudo iniciado por él. Mantiene la atención en este juego de forma continuada, con la mirada y la capacidad de espera.
<u>RELACIONES</u>	
Contacto físico	Siguen apareciendo muestras de autocontacto. En una ocasión se pasa largo rato concentrado en la sensación de tocarse un brazo con la otra mano y acepta que la terapeuta entre en ese tipo exploración. En efecto, no aparta la mano ni cambia el tono muscular, al contrario, mantiene el contacto para que la terapeuta continúe las caricias. Busca más activamente y algo más a menudo el contacto físico con la terapeuta, generalmente solo para sentir una contención cerca mientras siente la excitación de la música que escucha. A veces muestra su rechazo agitándose y apartándose si, por ejemplo, se le intenta tomar de la mano para terminar la sesión y dirigirse a la puerta.
Mirada	Se mantienen los cambios y aumentan claramente la frecuencia y la duración de las miradas con la terapeuta. Algunas son iniciadas por él como forma de saludo, para mantenerse cerca de la terapeuta o buscar que ésta le siga en algo. Otras son en respuesta a verbalizaciones, sonidos y movimientos de la terapeuta que reflejan de alguna forma sus movimientos y afectos.

EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE MOVIMIENTO II

	Observaciones de la sesión 33 a la 50
Actitud hacia objetos y terapeuta	La cinta ya no es su objeto exclusivo; varía jugando con pañuelos, telas y otras cintas aunque sigue repitiendo movimientos con ellos durante muchos minutos de la sesión. Pasa más frecuentemente a pequeñas interacciones de otro tipo con objetos o con la terapeuta. Inicia más a menudo los juegos con la terapeuta como esconderse bajo la tela, o pasar bajo el túnel. Aparecen algunas formas más continuas y concentradas de estar con los objetos y mantenerse interesado en las consecuencias de sus acciones con ellos: lanzar la pelota e ir a buscarla varias veces.
Contacto social	<p>Sigue sociable a la vez que muestra más claramente su “no”. En el colegio aprende a saludar con una mano o dando un beso y lo hace antes de entrar en la sala cuando los padres se lo piden. Con ayuda, consigue sacarse la chaqueta o abrir y retirarse los zapatos.</p> <p>Se despide cada vez más rápido del padre al entrar, casi sin ganas de esperar a que éste y la terapeuta hablen unos minutos. Suele escaparse de la terapeuta unos instantes cuando ésta le anuncia el término de la sesión pero con acompañamiento e insistencia entra en colaboración para guardar algunos objetos en la caja y salir de la sala.</p>
<u>RITMOS DE KESTENBERG Y TEMAS</u> <u>DESTACABLES</u> <u>EN MOVIMIENTO</u>	<p>Aparición de algunos ritmos anales sádicos: agarrar y soltar la pelota; abrir puertas; sacar algún objeto de la caja y volver a ponerlo si la terapeuta se lo propone. También uretrales: correr y fluir un poco sin mucho control para parar, aunque sí con la ayuda del límite de la pared; juego del huir corriendo de la terapeuta que corre detrás.</p> <p>Temas: siguen muy presentes las formas de autoestimulación sensorial que parecen tranquilizarle. Sin embargo, van combinados con temas más sociales y de juego con la terapeuta – entendiendo juego como forma de interrelación pero sin aspectos simbólicos –: mirarla si canta y/o se mueve reflejando algún aspecto de su movimiento; buscándola si se esconde o iniciando el juego de esconderse y ser encontrado por ella o de correr y ser perseguido; mantener su foco con la terapeuta al girar la cinta o el pañuelo, parándose a observar como lo hace la terapeuta y retomando él después; ofrecer un pañuelo a la terapeuta para que lo mueva o una armónica para que ésta la haga sonar.</p>

5. 2. 2. Disertación sobre los cambios

Partiendo de la literatura revisada en el capítulo 2, se destacan a continuación determinados aspectos del perfil de movimiento del niño en los que se han observado pequeños cambios y se diserta acerca de la importancia que tienen en su desarrollo psicológico. Así, a continuación se profundiza en el significado psicológico de los cambios observados en sus dinámicas y ritmos de movimiento en base a conceptos del análisis de movimiento según I. Bartenieff y Lewis (1980), R. Laban (1987, 1989), J. Kestenberg (1995) y M. North (1990). Además, los cambios conductuales en su forma de interactuar con los objetos y la terapeuta se relacionarán con dos aspectos teóricos del desarrollo infantil: las relaciones objetales, principalmente vistas según D.W. Winnicott (1972, 1975), y la evolución del sentido del sí-mismo de acuerdo con D. Stern (1991). Como ya se ha argumentado, todos ellos constituyen conceptos muy útiles para entender la relevancia psicológica y evolutiva de los distintos comportamientos del niño que han ido apareciendo.

Cabe decir que los cambios observados se deben entender dentro de la relación terapéutica ya que son los únicos que la autora de este estudio ha podido observar. Hay que remarcar que Marc ha ido desplegando comportamientos nuevos para la terapeuta que, de acuerdo a conversaciones con los padres, a veces ya resultaban conocidos para ellos. La significación que han tomado para la terapeuta, entonces, es que Marc los haya traído a sesión a medida que desarrollaba mayor confianza con ella.

5. 2. 2. a) *Perfil de movimiento: dinámicas y ritmos*

Entre los cambios más destacables en el perfil de movimiento de Marc, se observan nuevos matices en su uso de las cuatro cualidades (*efforts*) de movimiento que describe R. Laban (1989): el flujo – que puede ser libre o conducido –, el espacio – directo o indirecto –, el peso – liviano o firme – y el tiempo – súbito o sostenido. A lo largo de las sesiones se van consolidando las dos polaridades del flujo. Por un lado, puede utilizar un flujo contenido con el que parar un movimiento o tirar de una cinta o empujar una puerta. Por el otro, consigue dejarse ir al flujo un poco más libre explorando la amplitud del movimiento de sus brazos o corriendo con mayor fluidez. Poco a poco aparece también el uso del espacio que puede regular de forma más directa

cuando lo desea, por ejemplo, evitando tropezar con un objeto que queda en el medio del paso y alcanzando otro que quiere lanzar. Progresivamente también consigue cierta regulación del peso hacia la polaridad firme, cuando al inicio solo aparecía el peso de forma extremadamente ligera. En la última etapa del proceso, aparece también cierta actitud hacia el tiempo cuando explora la posibilidad de tiempo súbito al retener su impulso y coordinar su mirada con la terapeuta antes de lanzar una pelota. De todos modos, su preferencia sigue siendo de tiempo sostenido ya que se mantiene como ‘fuera del tiempo’ varios minutos en la sesión a través de movimientos repetitivos y de un deambular sin rumbo específico. Con estos cambios se puede decir que Marc sigue la secuencia evolutiva normal de las dinámicas del movimiento que, de acuerdo con I. Bartenieff (Bartenieff y Lewis 1980) y M. North (1990), van ligadas a dimensiones psicológicas. En efecto, Marc tiene formas de dar a conocer desde el principio sus *emociones* básicas – relacionadas con el flujo, primer aspecto que aparece en el desarrollo del movimiento. En ocasiones focaliza su *atención* y se acerca a la posibilidad de *pensar* sus acciones – a través de la exploración de un espacio más directo, siendo el espacio la segunda dinámica que aparece en la evolución del movimiento de un infante. Además, da muestras de aplicar más *intención* en sus acciones y de estar más en contacto con su *fisicalidad* y sus sensaciones corporales a través del peso, tercera dinámica en el desarrollo, que aparece algo más firme en varias de sus acciones. Por último, de vez en cuando parece actuar con mayor *decisión* al cambiar más claramente de una actividad a otra o esperando el momento justo de lanzar la pelota cuando la terapeuta le mira. Utiliza así la cuarta y última cualidad en el desarrollo, el tiempo.

Las siguientes acciones son otros ejemplos ilustrativos de este paulatino desarrollo de sus cualidades de movimiento: agarrar mejor las baquetas y golpear con más fuerza sobre el tambor o con sus manos y pies contra los objetos; lanzar la pelota con más impulso y más dirección hacia la terapeuta; conseguir girar un poco el pomo de la puerta y empujar ésta para abrirla. También aparecen conductas como indicar con el dedo alguna parte del cuerpo de la terapeuta, acercarse a tocarla con su cara o apoyarse en ella, moldeándose al cuerpo de ésta – es decir, cediendo al flujo más libre – mientras los dos juntos escuchan una canción. Todo ello cada vez más clara y directamente y durante más tiempo.

Por otro lado, de acuerdo con el esquema de desarrollo psico-físico de Judit Kestenberg (1995) presentado en el capítulo 2 apartado 2.1., los ritmos en el perfil de movimiento de Marc también han ido evolucionando a lo largo del proceso y demuestran cierto avance en su desarrollo psicológico. Durante las primeras 15 sesiones los ritmos que predominan son los correspondientes a la etapa psico-sexual oral, comprendida hasta los 18 meses en un desarrollo sano. En efecto, al inicio el ritmo en su caminar tranquilo y homolateral dibuja un balanceo – oral, de simbiosis – que sugiere la búsqueda de sedación ante una situación nueva. Poco a poco el ritmo que se releva más presente entre la sesión 15 y la 25 es el ritmo oral, de separación: dar pequeños golpes – con las manos, a veces con los pies –, coger dos bolos y golpearlos entre sí, morder una cinta elástica o apretar un globo poco hinchado con los dedos. También establece contrastes entre un ritmo constante oral de simbiosis – haciendo girar la cinta entre sus manos – y un ritmo de tipo sádico, estirando la cinta y frenando su movimiento para luego retomar el constante movimiento circular de la cinta.

Más adelante, a partir de la sesiones 25 aproximadamente, aparece también algún indicio de ritmo anal de simbiosis, correspondiente a la etapa situada entre 18 meses y los 2 años y medio de edad en el desarrollo sano. Marc empieza a ampliar el movimiento de sus brazos o piernas al coger o manipular un objeto, por ejemplo, haciendo girar la cinta heterolateralmente hacia ambos lados de su cuerpo y produciendo breves torsiones o contoneos de su cintura. A partir de las sesiones 33 a 35, cuando el niño tiene unos 3 años y medio, también se observa más claramente el ritmo anal de separación. El niño agarra y suelta la pelota o los bolos con más fuerza, lanzándolos más lejos, o empieza a aprender a abrir la puerta prácticamente solo. Se podría argumentar que también parece empezar a explorar la etapa uretral, correspondiente casi a su edad, al gozar corriendo y que le persigan. Su ritmo al correr parece más de simbiosis que de separación ya que el goce no parece estar tanto en las sensaciones cinéticas del correr y frenar, ni en la exploración de la dinámica de tiempo – interrumpir abruptamente y retomar la acción – sino en el dejarse fluir corriendo (Kestenberg 1995).

5. 2. 2. b) *Relaciones objetales*

Tal como confirma un informe de la psicomotricista correspondiente a la sesión 20 aproximadamente, de acuerdo con la teoría de las relaciones objetales de Mahler (1975), Marc parece iniciar el proceso de separación a lo largo de las primeras 25 sesiones. Como se explica en el capítulo 1 apartado 3, al mismo tiempo que inicia el proceso de DMT Marc empieza a ir por primera vez a una guardería, siendo ésta su primera confrontación diaria con el hecho de estar separado de sus padres y familiares conocidos. Empieza pues un período delicado para él en el que tiene que aprender a separarse de la presencia física de los otros significativos e intentar internalizarlos gracias a representaciones mentales (Mahler 1975, Winnicott 1975).

Durante las primeras sesiones, la madre le acompaña y entra con él en la sala unos minutos pero rápidamente se observa que el niño no parece vivir mal el hecho que ella se ausente. El primer día explora solo la sala mientras la madre se queda en el recibidor contiguo. El segundo día se decide que la madre salga a la calle durante la sesión después de despedirse de él. Si bien el niño no da señales de descontento inicialmente, poco después de darse cuenta que la madre no está se pone a llorar desconsoladamente. Esto se repite aun con más intensidad – llanto fuerte durante toda la sesión, con algún momento de distracción – en la tercera sesión, a pesar de que la madre esta vez se toma más tiempo para despedirse y asegurarse de que el niño está bien y la ve marchar. Todavía muy vulnerable y dependiente, en pleno inicio de la experiencia de relacionarse con nuevas personas que no sean sus padres, el niño encuentra en el llanto la única manera que conoce hasta entonces de decir que “no”, de expresar miedo, cansancio, o angustia. Poco a poco, y claramente a partir de la octava sesión, Marc ya no vuelve a dar señales de estar a disgusto sin la madre o el padre, y cuando éstos regresan se muestra generalmente contento, dando muestras de sentir un apego seguro con ellos (Bowlby 1988).

Así pues, parece que Marc va adquiriendo cierta constancia de objeto (Winnicott 1972, 1975) ya que, además, los padres comentan que poco a poco deja de llorar en la guardería cuando ve una foto de su madre. Si primero la foto era una forma de representación de la madre pero que evocaba la ausencia de ésta y provocaba el llanto, parece que poco a poco el niño ha podido internalizar la representación de su madre y llevarla consigo, pudiendo así sostener la tristeza de que ella no esté (Winnicott, 1972).

En las sesiones de DMT también se observa una progresión de este aspecto. En efecto, en un inicio Marc se encuentra inmerso en un estado de fusión y dependencia con el entorno y no busca ningún objeto por su cuenta ni contacto alguno con la terapeuta (Parteli 1995). La terapeuta responde a ello como lo haría una ‘madre de devoción corriente’, presentándole los diferentes objetos disponibles y por tanto no violando lo que considera que en el caso de Marc es todavía “su legítima experiencia de omnipotencia” (Winnicott 1972, p. 148). Poco a poco, es él el que elige y va a buscar algún objeto aunque solo si está visible y además casi siempre el mismo – la cinta de colores. Más adelante, se observa que va a buscar fácilmente los objetos que han quedado fuera de su vista y que se interesa por una mayor variedad de ellos.

De acuerdo con M. Mahler (1975) la constancia de objeto sería la última fase del proceso de separación y anteriormente estaría la fase de acercamiento (*rapprochement*) en la que el niño quiere que la madre presencie todos sus logros. Quizá el proceso de Marc sigue un curso poco habitual o incoherente con esta teoría, ya que no da muestras de pasar primero por el deseo de mostrar a sus cuidadores todo lo que hace. Es verdad que a partir de la décima sesión los padres comentan que el niño parece estar más despierto e interesado en distintos objetos y situaciones. Sin embargo es más adelante, a partir de la sesión 20 aproximadamente, que intenta con mayor frecuencia que se encuentren su mirada y su sonrisa con las de la terapeuta, después de sus acciones, o que inicia él el juego de esconderse tras una tela y buscar a la terapeuta si ésta se esconde. Es decir que primero, más que dar señales de que quiere mostrar algo a los demás, parece todavía esperar que se compartan las cosas con él. Luego empieza a mostrar que adquiere permanencia de objeto pero la utiliza muy de vez en cuando y finalmente aprende a utilizarla como forma de juego con la terapeuta.

Por último, se quiere destacar la idea de que a lo largo del proceso Marc va experimentando cada vez más un sentido de “Yo soy”, como dice Winnicott (1972). Dos aspectos de su perfil de movimiento ilustran este sentir en opinión de la investigadora: su mayor uso del eje vertical y su frecuente relación consigo mismo a través del espejo. La utilización del eje vertical se observa en el hecho que a veces rebota sobre su eje sentado sobre sus rodillas mientras emite un sonido; que ya no tiene dificultades para ponerse de pie y permanece más tiempo de pie que sentado; o que de vez en cuando da pequeños saltos. Cuando usa el espejo entra en contacto con sus

límites físicos y sus sensaciones al fregar su cara contra el espejo, rodar su cuerpo sobre éste y hacer todo tipo de ‘carotas’ al mirarse en él. Ambos aspectos del comportamiento de Marc se pueden considerar señal del desarrollo de un sentido de “Yo soy” de acuerdo a las ideas de distintos analistas del movimiento (Bartenieff y Lewis 1980, North 1990, Kestenberg 1995). Winnicott defiende la importancia de esta etapa en los siguientes términos:

[..] tiene importancia debido a la necesidad del individuo de llegar a *ser* antes de *hacer*. “Soy” tiene que preceder a “hago”, pues de lo contrario “hago” carecerá de sentido para el individuo (Winnicott, 1972, p. 169).

Pues bien, a juzgar por las observaciones de la terapeuta, este niño parece haber desarrollado el “hacer” antes que el “ser”. Por ende, sus acciones carecen de sentido tanto para él como para los que le rodean – al menos no tienen función aparente – probablemente porque todavía le cuesta mucho desarrollar un sentido unitario del “Yo soy”. Este tipo de evolución conductual es algo desconcertante pero quizá sea una de las consecuencias psíquicas de la enfermedad orgánica. Esta etapa del *ser* correspondería a las fases del sí-mismo emergente y el nuclear según D. Stern (1991) y, como se comentará unas líneas más abajo, también se puede observar alguna particularidad en la secuencia de formación del sí-mismo.

5. 2. 2. c) *Desarrollo del sí-mismo*

Por todos los cambios analizados en el apartado anterior y por otras observaciones que se destacarán ahora, para la terapeuta se consolida la sensación de que Marc está cada vez más presente en las sesiones, que va adquiriendo una identidad a través de su cuerpo y que identifica cada vez más a la terapeuta como persona con la que puede interactuar. Es decir que, como diría D. Stern (1991), se desarrolla como ser social y evoluciona su sentido del sí-mismo. El rasgo de la relación terapéutica en el que se anotan más cambios es el aumento de la coordinación de las miradas y sonrisas, gracias a la mayor disponibilidad del pequeño para encontrarse a través de ellas con la terapeuta. Será el rasgo común sobre el que se irá construyendo la sensación de que poco a poco Marc va desarrollando sus distintos sentidos de sí-mismo.

En un principio del proceso terapéutico, y fruto quizá de su percepción llena de dudas, la terapeuta hubiera dicho que estaba en presencia de un infante con un *self* predominantemente emergente que se encuentra inmerso casi únicamente en el proceso y el aprendizaje acerca de las experiencias sensoriales (Stern, 1991). En su diario de las primeras sesiones la terapeuta escribe: “No veo ninguna consistencia ni continuidad en sus acciones; es como si él apenas estuviera aquí, con ese caminar tan lejos de la confianza con el suelo, su mirada lejana y sus constantes movimientos de objetos. Parece tener que estar todo el tiempo estimulado visual o auditivamente y no parece querer, o quizá no conoce la posibilidad de relacionarse conmigo con algún juego”. El niño se mantiene principalmente en su mundo de autoestimulaciones sin relacionarse apenas con la terapeuta, como el bebé recién nacido que apenas se da cuenta de su entorno.

Sin embargo, el proceso ha mostrado que, ya desde un inicio, aunque solo en momentos puntuales, Marc accede a experiencias que conforman el siguiente paso en el desarrollo del sí-mismo: el primer sí-mismo nuclear, es decir el sí-mismo *versus* el otro (Stern 1991). En efecto, parece tener un sentido de condición de agente, autor de las propias acciones; tiene cierto sentido de ser un todo no fragmentado; siente la propiedad de sus afectos y tiene un sentido de continuidad y de que perdura en el tiempo (Stern 1991). Todo ello, por ejemplo, reflejado a través de los numerosos momentos en que interactúa consigo mismo ante el espejo. Así mismo, da pruebas de empezar a tener un sentido de sí-mismo en tanto que cuerpo distinto y coherente, y de las otras personas como seres distintos y separados (Stern 1991). Esto se ve especialmente a través de su interacción con la terapeuta a partir del momento en que se detiene a mirarla, reconocerla, indicar alguna parte de su cuerpo con el dedo, acercándose a tocarla y produciendo un sonido de satisfacción y una sonrisa al lograrlo.

El segundo aspecto del sí-mismo nuclear, el sí-mismo *con* el otro (Stern 1991), resulta más incipiente en Marc durante las primeras 20 sesiones. Stern (1991) define este sentido de sí como aquél en el que el infante sabe estar con otra persona de tal manera que los dos unan sus actividades para que suceda algo que no podría acontecer sin la mezcla de las conductas de ambos (p. 131). En el tipo de interacciones, o lo que Stern (1991) llama el ‘dominio del relacionamiento’, que tiene lugar cuando el niño está desarrollando este sentido del *self* entran los juegos en los que cuidador y niño regulan

la activación del niño o la intensidad de sus afectos. Se ha constatado este aspecto en el frecuente juego de esconder y volver a mostrarse la cara entre terapeuta y paciente. Éste es un juego que muchas veces inicia Marc, escondiéndose en el túnel de colchonetas, y que ambos siempre enfatizan con la sonrisa o algún sonido. También se ha visto en la excitación que Marc experimenta al ser consciente de ser perseguido, ponerse a correr y enfatizar la intensidad del momento con su propia voz. La terapeuta, a su vez, acompaña este estado afectivo con su voz. También pertenecen a esta etapa las interacciones que regulan la atención, la curiosidad y el compromiso cognitivo del niño. Se observa este aspecto en Marc cuando suena música y la escucha atentamente, mirando de vez en cuando a la terapeuta mientras pone su mano sobre el altavoz para notar la vibración del sonido. A veces también observa cómo se mueve la terapeuta al bailar.

Un aspecto interesante de la teoría de Stern (1991) es que éste no considera que el niño pase por ninguna fase de indiferenciación o confusión total entre sí-mismo y el otro, ni por una etapa de autística. Argumenta dicho autor que el niño está:

[...] preconstituido para darse cuenta de los procesos de autoorganización [.. y] para ser selectivamente responsivo a los acontecimientos sociales externos [..y que, de hecho..] las experiencias subjetivas de unión con otro sólo pueden producirse cuando ya existen un sentido del sí-mismo nuclear y de un otro nuclear [..]. Por lo tanto, estas experiencias se consideran el resultado exitoso de la organización activa de la experiencia de estar-uno-mismo-con-otro, y no productos de un fracaso pasivo de la capacidad para diferenciar el sí-mismo y el otro. (1991, p. 24-25)

Para la autora del presente escrito, lo más probable es que Marc no esté tan sanamente preconstituido para estos procesos como otros niños, y que no esté claro hasta qué punto consolida un *self* nuclear. Sin embargo, el hecho que haya ido aumentando su contacto físico con la terapeuta, iniciado por él, y cada vez de forma más directa y firme, se puede considerar un éxito de su capacidad de contacto con otro y por tanto una prueba de que ha entrado en la fase del sentido nuclear de sí (Stern 1991).

Por otro lado, a pesar de no tener consolidado todavía el sentido del sí-mismo nuclear, en algunas ocasiones Marc da muestras de estar desarrollando el tercer sentido evolutivo del *self*. El sí-mismo subjetivo, que suele llegar gradualmente entre los siete y nueve meses de edad en un infante sano. Como se ha descrito en el apartado de la literatura relevante, en esta etapa el niño descubre que tiene una mente, que las otras personas también la tienen y que ambas se pueden conectar entre sí a través del

entonamiento de los afectos (Stern 1991). Como dirían White y Epston (1993), varios “acontecimientos extraordinarios” – que son breves y esporádicos pero que quizá más adelante formen parte de una nueva narrativa acerca de este niño – ilustran el acercamiento de Marc a este sentido de sí:

- En la novena sesión, paciente y terapeuta pasan varios minutos en una especie de danza rítmica, alternando entre: la exploración de Marc de sus movimientos con la cinta mientras la terapeuta entona con él a través del ritmo y la intensidad de su voz – apareamiento transmodal –; ponerse juntos a cuatro patas mirándose con la cabeza al revés entre las piernas. El pequeño sonríe cuando la terapeuta canta o la busca con la mirada cuando se va a poner de cuatro patas. Parece comunicarle que se da cuenta que están compartiendo un tema juntos.
- En una ocasión durante la sesión 20, ambos se encuentran debajo del túnel de colchonetas realizando un juego habitual que establecía Marc desde hacía algunas sesiones: pasar él primero bajo el túnel, detenerse y buscar a la terapeuta con la mirada para que le siga, o esconder su cara tras las paredes del túnel y esperar que la terapeuta le busque y se encuentren sus miradas. En esa ocasión, en cambio, la terapeuta decide quedarse de espaldas al niño sin moverse, ante lo que éste permanece callado y quieto unos instantes – sorprendido, imaginamos, por el cambio en relación al juego habitual. Hasta que en un momento dado el pequeño da un golpe fuerte con su mano en el suelo. Parece pues que hace saber a la terapeuta que está detrás suyo y que quiere llamar su atención para que ésta se gire. La terapeuta responde girándose y reforzando la intensidad del momento con un sonido de los que él emite a veces.
- En un momento de la sesión 28, la terapeuta realiza otro tipo de apareamiento transmodal: sigue el ritmo del caminar de Marc con palmadas y sonidos de voz, parándose cuando éste para y acelerando si él lo hace. Claramente el niño se da cuenta de que los cambios en la voz y el movimiento de la terapeuta tienen que ver con los suyos ya que detiene unos instantes su caminar mientras sonríe y mira a la terapeuta. Con ello parece decir “He visto que aceleras la voz y las palmas cuando acelero al caminar y las paras cuando yo paro, y sonrío porque siento que estás conmigo en este acelerar y parar, que estamos en algo juntos”. Además mantiene su atención en este juego durante uno o dos minutos. En esta secuencia el niño participa por tanto, aunque por breve lapso de tiempo, en un

entonamiento afectivo característico de la etapa del sí-mismo subjetivo (Stern 1991). Dada su tendencia al aislamiento mediante comportamientos autísticos, la participación en esta secuencia es señal de un avance psicológico en Marc.

- Otro momento muy claro en el que Marc da muestras de poder participar en la experiencia intersubjetiva de compartir un estado afectivo se produce durante la sesión 32. En un lapso de tiempo de varios minutos, lo cual es mucho tiempo en el caso de este niño, éste se mantiene interesado en una secuencia de entonamiento que la terapeuta inicia realizando un apareamiento transmodal a través del ritmo y la intensidad de las acciones: el pequeño emite un sonido largo (kkiiiiiii) que sube y baja en intensidad y se acelera antes de llegar a la pausa y la terapeuta lo refleja con un balanceo lateral de su torso siguiendo el ritmo de la voz del niño y marcando con más peso firme los momentos de intensidad y de pausa. Además, el niño responde al entonamiento sonriendo cada vez que la terapeuta acentúa la pausa, manteniendo la mirada con ella y reiniciando de nuevo el sonido y provocando el balanceo de la terapeuta hacia el otro lado.
- A partir de la sesión 38 aproximadamente, despliega una serie de comportamientos completamente nuevos. Por un lado empieza a dar continuidad al juego de lanzar la pelota durante más tiempo – varios minutos seguidos – y en coordinación con la mirada con la terapeuta. De hecho, consigue mantener la atención en el juego todo el tiempo que la terapeuta continúa mirándole y lanzándole de nuevo la pelota. Por otro lado, ofrece por primera vez objetos a la terapeuta para que ella los utilice. Es decir parece invitarla a participar en su juego. En una ocasión, recoge un pañuelo que la terapeuta ha dejado caer al suelo y se lo devuelve. Mantiene la atención y continúa dándole el pañuelo todas las veces que ella lo deja caer. En otra ocasión, la terapeuta toca una armónica y se la ofrece para que él la explore pero él se la tiende de nuevo, cerca de la boca de ella. Parece invitarla a que haga sonar de nuevo el instrumento, por tanto empieza a comunicar por primera vez algún deseo interno hacia su entorno. Además, como diría Winnicott (1972), construye a la terapeuta como objeto relacional subjetivo que él puede utilizar para identificar sus deseos y explorarlos. Por primera vez otorga a la terapeuta un *self* propio, separado y distinto del suyo, y así puede establecer una relación compartida entre éstos a través del juego (1972). Con todo ello parece pues integrar varios niveles del

desarrollo del sí mismo: conecta con su *self* nuclear comprobando las consecuencias de sus actos, experimentando sentido de agencia, volición y continuidad; y se adentra en la comunicación interpersonal típica de la etapa del sí-mismo subjetivo al querer ‘compartir’ y ‘estar con’ la terapeuta (Stern 1991 p. 184).

5. 3. Comportamientos que no cambian

A pesar de la evolución y los cambios hasta aquí comentados, cabe decir que los comportamientos de tipo autístico como el andar de puntillas con el flujo contenido en las extremidades y la mirada perdida o permanecer algunos minutos en movimientos repetitivos no han dejado de estar presentes en ninguna sesión. Si bien han disminuido en frecuencia y duración, y el niño ha ido variando la coreografía que dibujaba con los brazos al hacer giras las cintas y otros materiales, las conductas en sí siempre han estado presentes. Claramente, se trata de autoestimulaciones sensoriales con las que el pequeño parece encontrarse más seguro. Tanto Parteli (1995) como Siegel (1984) y Tustin (1988), definen este tipo de movimientos como defensas autísticas contra un mundo de terribles sensaciones internas.

Como uno de los pacientes de Parteli (1984), Marc da muestras de necesitar mantener la ilusión de unidad y fusión con la figura materna con sus constantes movimientos circulares con la cinta o el pañuelo. A penas logra iniciar una diferenciación con el entorno físico o en relación a la terapeuta, y establecer la posibilidad de sentirse separado, que parece invadirle la angustia y necesita restablecer sus repeticiones.

Siguiendo a Parteli (1984), se puede considerar que Marc todavía tiene dificultades para experimentar nuevas sensaciones neuromotrices a través de nuevas conductas. Por ejemplo, a la hora de entrar en contacto físico con la terapeuta o de jugar con ella durante unos minutos a lanzar y recibir la pelota. Sus dificultades estarían en el hecho de que toda sensación distinta a la desconexión que parece conseguir girando repetitivamente un objeto podría resultarle desbordante por desconocida. Tal vez el estado afectivo que experimenta al conectarse con la terapeuta a través de la mirada sea

todavía un tipo de sensación demasiado excitante y por ende ansiógena para él. Puede que sea difícil de sostener la excitación del poner en marcha un esquema complejo y vital de intención, pensamiento y acción como: “veo la pelota, quiero tirarla y la tiro, la recojo, vuelvo a tirarla y me alegro al sentirme agente de esta acción”. Por lo que se trata de secuencias que solo puede ir experimentando poco a poco.

En opinión de la que escribe, se podría argumentar que para él todavía existen principalmente dos estados poco matizados: bien estar aparentemente tranquilo, desconectando del sentir y del contactar con experiencias subjetivas a través de las estereotipias, o bien experimentar la angustia de un ataque o de la amenaza impredecible de éste. De alguna manera parece que todavía no regula distintas intensidades en las experiencias, aunque todos los cambios comentados señalan precisamente que empieza a experimentar otros matices de la excitación como algo que no es siempre terrible. Si es posible que ya sufriera ataques epilépticos estando en el útero – ver capítulo 1 apartado 2 – y éstos siempre han estado presentes en su vida, es lógico pensar que cualquier conducta nueva para él sea siempre un posible peligro ante el cual pesa la amenaza de volver a sentir angustia. Así pues es comprensible que de momento no consiga confiar ni pueda soltarse a sentir y desarrollar distintas emociones. De ahí que su flujo nunca haya dejado de ser bastante contenido a pesar de haber empezado a polarizarse y a variar en intensidad. Y es que, como el crecimiento, la psicoterapia en DM es un proceso donde todo ocurre poco a poco, progresivamente.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

En este capítulo se revisa el proceso de investigación desde sus preguntas iniciales hasta los resultados observados y se intenta determinar en qué medida ha habido desarrollo del *self* en el caso trabajado. Además, se tratará de argumentar en qué manera, psicodinámicamente hablando, afectan los ataques epilépticos al desarrollo psicomotriz de este niño. Por último, se hace una crítica de las limitaciones de esta investigación y se comentan otras perspectivas de investigación posibles en casos similares de retraso psicológico grave por causas orgánicas.

6. 1. Acerca de los movimientos que cambian y los que permanecen

Si al principio la investigadora se pregunta: ¿se podrá entrar en el mundo de Marc desde la DMT y comunicarse con él? ¿Aparecerán conductas distintas que denoten un avance en su desarrollo del *self* y una mayor capacidad de comunicación social con el lenguaje no verbal? ¿O permanecerá básicamente en estados autísticos? La experiencia sentida y la investigación teórica permiten poco a poco percibir a este niño como un ser con un sentido del sí-mismo que evoluciona y que tal vez experimenta un proceso de construcción en su interior.

Al inicio la terapeuta siente que de alguna manera el niño ‘no está presente’, ni ella para él prácticamente. Poco a poco observa que aparece en él una mirada más prolongada, un uso distinto del espacio – en el eje vertical –, de las dinámicas y de los ritmos a través de los cuales entra en contacto con su ‘Yo’ y se abre más a la relación con la terapeuta, construyendo distintas coreografías espaciales. Así mismo, aparece algún indicio de imitación por su parte y un creciente interés por los reflejos de movimiento y los entonamientos afectivos iniciados por la terapeuta. Con todo ello Marc desarrolla pues un sentido nuclear y subjetivo del sí-mismo. Además, manifiesta una mayor comprensión de las verbalizaciones de los adultos y un aumento de sus respuestas hacia éstas. Aunque fugaces en duración y poco frecuentes, todas las situaciones descritas y analizadas dan fe que Marc tiene la posibilidad de darse cuenta de que la respuesta conductual de la terapeuta tiene que ver con su propia experiencia

emocional e incluso que la respuesta que él propone, a su vez, provoca un cambio en el movimiento de ésta. Como argumenta Stern (1991), el desarrollo de este sentido del sí-mismo subjetivo e intersubjetivo, con el correspondiente entreno en el entonamiento de los afectos, es un paso esencial para la aparición de la capacidad de simbolización y por tanto del lenguaje expresivo, primero no-verbal y luego verbal. Así pues, la gran esperanza para Marc es que muy progresivamente pueda consolidar esta etapa y quizá desarrollar la función simbólica.

Sin embargo, de la misma manera que se dan procesos de evolución y construcción hay que tener en cuenta que siguen presentes procesos de freno o destrucción: las crisis epilépticas. Como les explica el neuropediatra del niño a los padres, las convulsiones no dejan, por ejemplo, que los procesos de la memoria sigan su curso y los aprendizajes puedan asentarse unos sobre la base de los anteriores. De la misma manera, la evolución que se observa en Marc durante el proceso de DMT es de alguna manera contradictoria ya que está llena de aprendizajes y pérdidas, intermitencias en el mantenimiento del vínculo con la terapeuta, incoherencias en relación al desarrollo normal del sentido del sí-mismo, además de constantes y repentinas desconexiones provocadas directamente por las convulsiones. También el musicoterapeuta S. Dunachie [2000, en web [www.esclerosistuberosa.com]], confirma que los procesos de cambio en dos niñas con ET se dan de forma lenta y a saltos. Igual que en el caso de Marc, Dunachie observa la aparición de conductas nuevas que constituyen logros en determinadas sesiones pero que no son sostenidas de forma continuada y acumulativa en las siguientes.

Por ello se puede plantear que la enfermedad de este niño, por lo que afecta a su capacidad del sentido de sí, consiste en que no puede acumular de forma tan progresiva y para toda la vida las distintas capacidades correspondientes a cada etapa. Tal vez ni siquiera sus condiciones de nacimiento le permiten contar con los procesos innatos de los que habla Stern (1983, 1991). Como ya se ha comentado, las crisis epilépticas y las malformaciones tuberosas se pueden producir ya en la fase intrauterina (T.S. Alliance, 2000, en web [www.esclerosistuberosa.com]). Así pues, es probable que este niño no disponga plenamente de las capacidades básicas propias tanto del *self* emergente – como son la capacidad para inferir información supramodal de varios canales distintos o la experiencia siempre afectiva de toda interacción –, como del *self* nuclear – como es la

capacidad para acumular invariantes en el sí mismo y el entorno (Stern 1991). En este sentido, una nueva hipótesis que deriva del presente estudio es que su capacidad para experimentar diferentes afectos está muy poco desarrollada o se encuentra deteriorada, tal como sugiere el estado de su circuito neurobiológico tan invadido por tubérculos y sacudido por convulsiones. Esta hipótesis se daría, bien en el sentido de que dichas condiciones neurobiológicas no le permiten desarrollar diferentes tonos afectivos en muchas de sus interacciones. Bien en el sentido de que, aun teniendo el sustrato orgánico necesario para experimentar las diferentes emociones y “afectos de la vitalidad” que describe Stern (1991), la incesante y repetitiva angustia que desde siempre le han producido los ataques le haya llevado a defenderse del sentir a base de no experimentar afectos o de disminuirlos todo lo posible en intensidad y frecuencia. Concretamente, quizá construya esta defensa a través de la forma y las cualidades de los movimientos repetitivos que continúa desplegando diariamente. Por ejemplo, cuando gira o sacude cintas y otros objetos con un flujo contenido, una kinesfera reducida y un uso del espacio que no permiten alcanzar la relación con otro ni soltarse a sentir el contacto con el suelo.

Además, siguiendo a Leonella Parteli (1995), la que escribe considera que a nivel psicodinámico lo que origina y mantiene las estereotipias de movimiento en Marc no es el problema orgánico de las crisis en sí – o no solamente, ya que éstas no impiden que el niño tenga la posibilidad motriz de desplegar muchos otros movimientos – sino el significado que quizá estas crisis tengan en su fantasía inconsciente. Según la visión de la investigadora, para Marc las crisis serían un objeto relacional de alguna manera externo¹⁶, por cuanto sobrevienen de repente y como un elemento sobre el que no tiene ningún control, pero contra los que no puede desarrollar la capacidad de separarse ya que de hecho sí están en él. Parteli (1995) explica que las conductas bizarras de los autistas son la forma que tienen de evitar sentir las terribles sensaciones – como ansiedades catastróficas – que experimentaron en determinados momentos de su etapa temprana porque no tuvieron el suficiente sostén emocional y relacional. En el caso que nos ocupa no habría principalmente un problema de falta de apoyo emocional, es decir un fallo importante en las relaciones objetales con las personas significativas, sino

¹⁶ Cabe mencionar que en la cultura popular se han considerado los ataques epilépticos, sobretudo las convulsiones más aparatosas, como invasiones del “Mal” o el “Diablo” dentro del cuerpo de los enfermos.

sobretudo un problema interno en la relación de este niño con sus propias crisis epilépticas. Por definición, es una relación trastornada ya que constantemente éstas le producen una terrible angustia y no hay nunca un apoyo suficiente para luchar contra ellas y poder interiorizar un apego seguro. No se trata de situaciones conflictivas con el entorno que el niño pueda llegar a externalizar y expresar simbólicamente con nuevos movimientos e interacciones sino que son experiencias internas, siempre inesperadas e incontrolables.

Para complementar estas hipótesis acerca de la génesis, el mantenimiento y la función de las estereotipias cabe añadir que Marc todavía no ha podido desarrollar un ego lo bastante fuerte para dejar de necesitar estas conductas. Sostiene Winnicott (1975) que ya en la primera etapa preverbal de la vida del bebé empieza el proceso de integración del ego, siempre a condición de que la madre pueda satisfacer suficientemente las distintas necesidades de la criatura. Además, la relación madre-criatura tiene que ser fuerte para apoyar plenamente la formación del ego y así, una vez el niño empieza a salir de la matriz de su relación fusional con la madre (Winnicott 1975, p. 66), éste conserva todavía cierta sensación de omnipotencia para afrontar los retos del entorno. Añade este autor que en sus inicios, el bebé no debe ser considerado una persona que tiene impulsos instintivos que hay que satisfacer o frustrar, sino que es un ser inmaduro que en todo momento se encuentra al borde de ser invadido por alguna angustia inconcebible (1975, p.67). Y ante la amenaza constante para el bebé de deshacerse, caer para siempre, no tener relación alguna con el cuerpo o carecer de orientación – tales son las cuatro angustias que distingue el autor (1975, p.67) – aparece la imprescindible función de apoyo de la madre que trata de mantener a raya la amenaza. Como se ha comentado, ocurre que en casos como el de Marc, en el que se dan ataques epilépticos constantemente, nadie, por muy buena función de madre que ejerza, puede evitarle al pequeño experimentar una y otra vez angustias inconcebibles. Las estereotipias y movimientos repetitivos conocidos, creados y controlados por el niño parecen entonces tratar de llevar a cabo la función de mantener a raya las angustias (Parteli 1995, Tustin 1988). Teniendo en cuenta que en el caso de Marc los ataques continúan produciéndose, aunque disminuyen y a veces pueden espaciarse una semana, lo esperable es que las estereotipias y movimientos repetitivos no desaparezcan ni disminuyan rápidamente. Si para los niños psicóticos con carencias afectivas las estereotipias pueden ser superadas con psicoterapia si deja de ser necesario compensar,

por ejemplo, la ansiedad catastrófica de una madre ausente por depresión profunda (ver Parteli 1995, Siegel 1984 o Tustin 1988), la autora sostiene que para Marc seguirán siendo necesarias las conductas repetitivas que parecen tranquilizarle mientras no se puedan erradicar los ataques epilépticos. Lo que es importante es que no sean las únicas conductas que lleve a cabo. Y en este sentido ya hemos visto que Marc es capaz de desarrollar nuevas conductas y formas de relacionarse mientras se respeta su propia forma de mantenerse seguro.

De todos modos, se debe insistir en que las conductas descritas significan la aparición de cambios y por tanto la posibilidad de que se estén desarrollando determinadas capacidad nuevas. Como explica Parteli (1995), cuando un niño con conductas motrices distorsionadas y estereotipadas como por Marc empieza a desplegar cambios en sus movimientos, por ejemplo, con dinámicas más polarizadas y un uso del espacio más variado y relacionado con la terapeuta, significa que está creando las bases para cambios psíquicos más profundos. Son cambios o nuevas posibilidades de la experiencia psicocorporal que van a permitir el desarrollo de defensas más maduras y ayudar a la restauración de capacidades mentales enraizadas en la experiencia somáicomotriz (Parteli 1995, p. 244). Por ejemplo, al dejar de inducir constantemente estados “inafectivos” y entrar paulatinamente en el emocionarse a través del juego con una pelota y con la terapeuta, como ha sucedido.

Así pues, desde la Danza Movimiento Terapia se puede estimular el desarrollo temprano del *self* en niños con dificultades orgánicas graves y comportamientos de tipo autístico. Continuando con Parteli (1995), la capacidad de escucha estética con la que trabaja la psicoterapeuta en DM, reconociendo las cualidades y características coreográficas, relacionales, de los movimientos del niño le permite acompañar y empatizar con la experiencia subjetiva de éste. Reflejando el “cómo” del movimiento más que el “qué” y buscando pequeñas variaciones más allá de la imitación pura, la DMT reconoce y acepta al niño tal como se muestra, con su necesidad de aislamiento o de conductas repetitivas y tranquilizadoras. Al mismo tiempo, a través de una pequeña variación en el movimiento ofrece un puente para que el niño encuentre la posibilidad de comunicarse y salir de sus conductas estereotipadas sin que ello le suponga un nivel de ansiedad desbordante.

El papel de la madre como espejo en el que el niño se encuentra a sí mismo reflejado, que enfatizan autores como Winnicott (1972) y Stern (1991), es retomado por la terapeuta en DM que entiende que mucho antes de poder imitar al otro, el niño necesita ser imitado para darse cuenta de sí. De alguna manera, la danzaterapeuta ofrece un Yo sustitutivo al niño mientras éste no tiene los recursos internos necesarios para reconocer como propios sus afectos.

Además, lo que la terapeuta devuelve al niño son movimientos y estados internos correspondientes que provienen de éste y son siempre asequibles para él. Se recogen los detalles más mínimos y habituales: un pequeño rebote o intento de salto, unas muecas de la cara, un sonido balbuceante, un brazo que alcanza algo más lejos en la kinesfera al darle vueltas a la cinta. En efecto, la terapeuta en DM siempre sigue al paciente, nunca le “hace hacer” nada, ni le prohíbe o inhibe ningún movimiento a menos que sea peligroso para él. En este sentido, la autora sostiene que el Yo sustitutivo que ofrece a Marc durante las sesiones a través de hacerle de espejo es un Yo tranquilizante para él porque le acepta y reconoce en todos sus matices. De todos modos, parece que el niño no está todavía en disposición de utilizar esa relación de espejo con todas sus posibilidades. Por ejemplo, no explora todavía la posibilidad de buscar más a menudo los reflejos de la terapeuta y reconocer en ellos su propia experiencia interna, ni se puede abrir a ponerse en el lugar de la terapeuta imitándola él a su vez. La autora cree que eso es debido a que no tiene plenamente formado su sentido nuclear del *self*, es decir, su sentido de ser una unidad corporal y volitiva con continuidad (Stern 1991).

Desde ese reconocimiento global, esa capacidad de reflejo empático, esas variaciones sobre los temas de movimiento del niño y, además, desde la aceptación de las conductas estereotipadas que le dan seguridad, la DMT parece haber permitido que Marc amplíe su relación con el entorno. Así, poco a poco ha podido identificar su deseo de manipular una pelota, salir a cogerla y abrirse a compartir la experiencia con su entorno, tirándola a la terapeuta. Luego ha podido recogerla y volver a tirarla comprobando que la terapeuta le mira al hacerlo y está con él en la experiencia. Todo ello disminuyendo su necesidad de dar continuas vueltas a una cinta. Parece haber interiorizado que, más allá de los momentos de crisis, existen emociones en él que puede vivir y compartir con el otro. Las crisis, desgraciadamente, no sólo le angustian de nuevo a cada vez sino que parecen borrar o hacerle olvidar en alguna medida las

experiencias positivas ya vividas y las capacidades ya desplegadas. De manera que, en lugar de poder acumular experiencias e integrar progresivamente aprendizajes, parece tener que empezar de nuevo cada día, en cada momento. En este aspecto la DMT no puede aportar paliativo, esperemos que la operación quirúrgica de cerebro y la medicina sí lo logren.

6. 2. Limitaciones y nuevas preguntas

Cabe decir que el presente estudio de caso presenta muchas limitaciones como diseño válido para relacionar cambios en la conducta del pequeño con la intervención de DMT. Para aumentar la validez de la investigación habría que establecer un diseño más preciso, de tipo experimental, y así distinguir en qué medida los cambios producidos se relacionan directamente con el uso del reflejo del movimiento como herramienta terapéutica. Otra línea de investigación podría consistir en profundizar en el análisis cualitativo del significado psicodinámico de los aspectos que han cambiado y de las estereotipias que se han mantenido dentro de su perfil de movimiento. En un tal estudio se podrían contrastar las distintas sub-tesis expuestas con las posibles interpretaciones de otros autores que investigan y teorizan sobre el desarrollo temprano del ser humano como ser social, visto a través del desarrollo del movimiento. Aunque muy complejo, sería bueno incluir tanto autores que trabajen desde un punto de vista inferencial sobre el significado psicodinámico de las relaciones objetales, como investigadores de la psicología evolutiva que observan directamente las conductas concretas.

Desde el punto de vista personal de la autora sería interesante indagar en profundidad en qué medida y de qué manera los déficits de conducta de un niño con esta enfermedad se explican por razones de tipo neurológico o biológico, o más bien por razones de tipo intrapsíquico y relacional-dinámico. Concretamente, y tal como se ha analizado brevemente en la primera parte de las conclusiones, a la investigadora le gustaría conocer más a fondo la etiología, el funcionamiento y el significado neuropsicológico y psicodinámico de los ataques epilépticos. Por supuesto, una investigación así requeriría una colaboración entre profesionales de la psicoterapia y la neuropsicopatología. Según la literatura revisada, los trabajos de Antonio R. Damasio (1996, entre otros) podrían servir de puente entre ambas disciplinas para investigaciones

de Danza Movimiento Terapia por cuanto este autor establece relaciones entre el mundo emocional, el mundo cerebral y el mundo corporal y muscular. Por último, sería interesante saber en qué medida los cambios en el perfil de movimiento del niño y en su dominio de relacionamiento, ahora más intersubjetivo, se han traducido en cambios neuronales. Hoy día existe cada vez más investigación en neuropsicología que sustenta la psicoterapia como agente de cambio en los mapas neuronales e indaga en la complementariedad entre lo bioquímico y lo psicosocial (ver Siegel 2005 y demás artículos de la Revista de Psicoterapia nº 61). Ritter y Low (1996) citan estudios en DMT según los cuales la conexión psique-soma podría basarse en un complejo sistema de mecanismos neurofisiológicos, a través de los ganglios basales que integrarían pensamiento y emoción en la conducta motriz. Como recuerdan estos autores, investigar más a fondo en este campo podría proporcionar una base neurofisiológica para explicar los cambios psicofísicos que se observan en los procesos de Danza Movimiento Terapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson V. Et. al. (2001). *Developmental Neuropsychology. A clinical approach*. Hove & New York: Psychology Press.
- Bartenieff, I. & Lewis, D. (1980). *Body Movement. Coping with the Environment*. New York: Gordon and Breach.
- Berrol, C.F. (2000). The spectrum of research options in Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*. Vol. 22, nº 1, pp. 29-46.
- Bowlby, J. (1988) *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brazelton, T; Koslowski, B. & Main, M. (1974). *The origins of reciprocity*. New York: Wiley.
- Chaiklin, H. (2000). Doing Case Study Research. *American Journal of Dance Therapy*. Vol. 22, nº 1, pp. 47-59.
- Cohen, L. y Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: Ediciones Muralla.
- Cozolino, L. J. y Sprokay, S. L. (2005). La necesidad evolutiva de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*. Vol. XVI, nº 61, pp. 5-28.
- Damasio, A. R. (1996). *El error de descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Douglas, R. S. (2004). *Esclerosis Tuberosa*. En MedlinePlus Enciclopedia Médica, documento web: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000787.htm
- Dunachie, S. G. (2000). *Musicoterapia*, Boletín nº 13, en Alianza de Esclerosis Tuberosa, documento web: www.esclerosistuberosa.com
- Erfer, T. (1995). "Treating children with autism in a public school system." En Levy, F. J. (ed.), *Dance and other expressive art therapies. When words are not enough*. London: Routledge.
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Hartley, L. (2004). *Somatic Psychology. Body, mind, and meaning*. London & Philadelphia: Whurr Publishers.
- Higgins, R. (1993). *Approaches to Case Study. A Handbook for Those Entering the Therapeutic Field*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Hunt, A. (2000). *Problemas de conducta, desarrollo y manejo de los niños con Esclerosis Tuberosa a los 5 años de edad*. Boletín nº 15, en Alianza de Esclerosis Tuberosa, documento web: www.esclerosistuberosa.com
- Kestenberg, J. (1995). *Sexuality, body movement, and the rhythms of development*. New York: Jason Aronson.
- Laban, R. (1987). *El dominio del movimiento*. Madrid: Fundamentos.
- Laban, R. (1989). *Danza educativa moderna*. México: Paidós.
- Lewis, P. (1979, 1986 2a ed.) *Theoretical approaches in DMT. Volume I*. Kendall/Hunt Publishing Company USA.
- Loman, S. (1995). "The case of Warren: A KMP approach to autism". En Levy, F. J. (ed.), *Dance and other expressive art therapies. When words are not enough*. London: Routledge.
- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Ediciones Marymar.
- Meekums, B. (2002). *Dance Movement Therapy. A creative psychotherapeutic approach*. London: Sage.
- Moustakas, C. (1990). *Heuristic Research. Design, methodology and applications*. Newbury Park: Sage Publications.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke – NINDS (2006). *La Esclerosis Tuberosa*, documento web: www.ninds.nih.gov/disorders/spanish/esclerosis_tuberosa.htm
- North, M. (1990). *Personality assessment through movement*. Plymouth: Northcote House Publishers Ltd.
- Panhofer, H. y Rodríguez Cigaran, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión se introduce en España. En Panhofer, H. (ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Parteli, L. (1995). Aesthetic listening: contributions of Dance/Movement Therapy to the psychic understanding of motor stereotypes and distortions in autism and psychosis in childhood and adolescence. *The Arts in Psychotherapy*. Vol. 22, nº 3, pp. 241-247.

- Payne, H. (1992). Shut in, shut out: Dance Movement Therapy with children and adolescents. En Payne, H. (ed.), *Dance Movement Therapy: theory and practice*. London & New York: Routledge.
- Rick, C. (2001). Movement and Meaning. *Psychoanalytic Inquiry*, nº 21, pp. 368-377.
- Ritter, M. & Low, K.G. (1996). Effects of Dance/Movement Therapy: a meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*. Vol. 23, nº 3, pp. 249-260.
- Seidel, J.A. (2005). La experiencia es una intervención bioquímica: una reconceptualización del “trastorno mental con base biológica”. *Revista de Psicoterapia*. Vol. XVI, nº 61, pp. 105-119.
- Siegel, E. V. (1984). *Dance-Movement Therapy: mirror of our selves. The psychoanalytic approach*. New York: Human Science Press.
- Stanton Jones, K. (1992). *Dance Movement Therapy in Psychiatry*. London: Routledge.
- Stern, D. (1983). *La primera relación madre-hijo*. Madrid: Morata.
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D. (1999). *Diario de un bebé. Qué ve, siente y experimenta el niño en sus primeros cuatro años*. Barcelona: Paidós.
- T.S. Alliance (2000). *¿Qué es la Esclerosis Tuberosa?* Folleto informativo, en Alianza de Esclerosis Tuberosa, documento web: www.esclerosistuberosa.com
- Tustin, F. (1988). Psychotherapy with children who cannot play. *International Review of Psycho-Analysis*, nº 15, pp. 93-106.
- White, M. y Epston, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wild, R. (1999). *Educación para ser*. Barcelona: Herder.
- Winnicott, D.W. (1972). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D.W. (1975). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D.W. (1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós.

ANEXO

